

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „REGION DOBREGO WSPARCIA”

DOBRE WSPARCIE – DOBRA OPIEKA

Dane osobowe	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Wiek	
Nr telefonu	
Informacje o orzeczeniu o niepełnosprawności	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (umiarkowanym lub znacznym albo równoważnym) <input type="checkbox"/> Tak na stałeokresowe (do kiedy?) <input type="checkbox"/> Nie
Sytuacja rodzinna	
<input type="checkbox"/> osoba samotnie zamieszkująca <input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca z innymi osobami	
Sytuacja zdrowotna	
<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się samodzielnie <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego (kule, balkonik, wózek inwalidzki) <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca <input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca <input type="checkbox"/> osoba używająca aparatu słuchowego <input type="checkbox"/> inne powody niesamodzielności	

.....
Data i podpis