



## KARTA ZGŁOSZENIA

### DO PROJEKTU OSIEK „DOBRY BRAT”

#### - REHABILITACJA DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH WRAZ Z OPIEKUNAMI.

*OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA, OPIEKUN RODZINNY, WOLONTARIUSZ (niepotrzebne skreślić).*

IMIĘ I NAZWISKO: .....PESEL.....

ADRES ZAMIESZKANIA: .....

.....

NUMER TELEFONU: .....

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: .....

OGRANICZENIA FUNKCJONALNE:

.....

.....

.....

.....

ZGODA NA PRZYSTĄPIENIE DO PROJEKTU .....

data i podpis osoby zgłaszającej

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym wizerunku) dla potrzeb realizacji projektu Rehabilitacja w Domu Osoby Niepełnosprawnej – Członka COC realizowanego przez Stowarzyszenie Centrum Ochootników Cierpienia i prowadzonej w związku z nim ewidencji.

.....

data i podpis osoby zgłaszającej

**Załączniki obowiązujące dla osób niepełnosprawnych:**

1. KOPIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.

2. WYPEŁNIONA KARTA FIM.



## Karta oceny stanu osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

Czynność	Stopień samodzielności	samodzielnie	Z pomocą	niesamodzielnie
Samoobsługa	Spożywanie posiłków			
	Dbłość o wygląd zewnętrzny			
	Kąpiel			
	Ubieranie górnej części ciała			
	Ubieranie dolnej części ciała			
	Toaleta			
Kontrola zwieraczy	Oddawanie moczu			
	Oddawanie stolca			
Mobilność	Przechodzenie z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki			
	Siadanie na muszli klozetowej			
	Wchodzenie pod prysznic lub do wanny			
Lokomocja	Chodzenie lub jazda na wózku inwalidzkim			
	Schody			
Komunikacja	Zrozumienie			
	Wypowiadanie się			
Świadomość społeczna	Kontakty międzyludzkie			
	Rozwiązywanie problemów			
	Pamięć			
<b>SUMA</b>				

Zaznaczyć X we właściwej kolumnie.

.....

(Miejscowość, data, podpis osoby wypełniającej Kartę)