

## Ankieta zgłoszeniowa dla klienta Projekt „Asystent Osoby Niepełnosprawnej”

1. Nazwisko, imię (Osoby Niepełnosprawnej/dziecka).....

2. Nazwisko, imię (opiekuna).....

3. Adres zamieszkania.....

4. Telefon kontaktowy .....

5. Rodzaj schorzenia (O.N.) .....

6. Wiek (O.N.) ,.....

7. Zainteresowania (O.N.).....

8. Oczekiwania wobec asystenta:

a/ towarzyszenie w drodze na zajęcia .....

b/ współdziałanie w rehabilitacji.....

c/ wspólne spędzanie czasu wolnego.....

d/ towarzyszenie w zajęciach zorganizowanych.....

e/ inne (jakie).....

9. Tygodniowy oczekiwany czas pracy asystenta:

- poniedziałek - od godz ..... do godz.....

- wtorek - od godz ..... do godz.....

- środa - od godz ..... do godz.....

- czwartek - od godz ..... do godz.....

- piątek - od godz ..... do godz.....

- sobota - od godz ..... do godz.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy o ochronie danych osobowych.

Podpis Opiekuna.....

Podpis Osoby Niepełnosprawnej.....

**Tel. Kontaktowy do Fundacji: 674 09 66**