

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA DZIENNEGO OŚRODKA WSPARCIA**I. DANE UCZESTNIKA**

Imię i Nazwisko			
PESEL		WIEK	
Wykształcenie			
Adres zamieszkania			
Telefon kontaktowy			
E-mail:			

II. DANE CZŁONKÓW RODZINY (wypełnić obowiązkowo):**OSOBA NR 1**

Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy Adres do korespondencji	
E-mail:	

OSOBA NR 2

Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy	
E-mail:	

OSOBA NR 3

Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy	
E-mail:	

Kto sprawuje główną opiekę na uczestnikiem

Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy	
E-mail:	

III. SYTUACJA ZAWODOWA UCZESTNIKA

Jestem osobą nieaktywną zawodowo (właściwie zaznaczyć - „X”)

- ☐ TAK
☐ NIE

IV. CHARAKTER GOSPODARSTWA DOMOWEGO UCZESTNIKA

(WŁAŚCIWIE ZAZNACZYĆ - „X”)

- ☐ ZAMIESZKUJĄCA Z RODZINĄ
☐ OSOBA SAMOTNIE ZAMIESZKUJĄCA (MA STAŁY KONTAKT Z RODZINĄ)
☐ OSOBA SAMOTNIE ZAMIESZKUJĄCA (SPORADYCZNY KONTAKT Z RODZINĄ LUB NIE)

V. ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA

1.	Orzeczenie o niepełnosprawności (załączyć orzeczenie)	TAK Stopień znaczny / umiarkowany / lekki <i>*niepotrzebny skreślić</i> Symbol niepełnosprawności.....	NIE
2.	Choroby, schorzenia, w szczególności przewlekłe, stymulator (rozrusznik) serca, stenty, bajpasy	TAK Wymenić jakie:.....	NIE
3.	Poziom funkcjonowania zmysłów: wzrok, słuch	TAK Wymenić jakie:.....	NIE
4.	Alergia / uczulenia	TAK Wymenić jakie:.....	NIE
5.	Uzależnienia (nikotyna, kawa, alkohol, leki, inne)	TAK Wymenić jakie:.....	NIE
6.	Dieta stosowana/ wymagana	TAK Rodzaj diety, krótki opis:.....	NIE

7.		Wsparcie przy poruszaniu się	- nie wymaga - pomoc osoby drugiej - balkonik -wózek inwalidzki -kule/laska
8.		Stosowanie innych środków pomocniczych	-nie wymaga -okulary korekcyjne -inne:..... -aparat słuchowy
9.		Sposób dotarcia do placówki oraz powrót	-samodzielnie -pod opieką osoby drugiej: Imię i nazwisko..... nr telefonu.....
10.	INNE, nie ujęte powyżej ważne uwagi , dotyczące ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej: (np. zaburzenia orientacji czasowo-przestrzennej), agresja, tendencje do ucieczek/wędrówki)		

VI. INNE ISTOTNE INFORMACJE PRZYDATNE W FUNKCJONOWANIU W DZIENNYM DOMU POBYTU

1.	Doświadczenie zawodowe	
2.	Zainteresowania	
3.	Umiejętności	

.....
(data i czytelny podpis uczestnika)

ANKIETA WSTĘPNA/EWALUACYJNA NA TEMAT POZIOMU SPRAWNOŚCI UCZESTNIKA

Data,

.....

Imię i nazwisko osoby wykonującej ankietę

1. WYKONYWANE CZYNNOŚCI

l.p.	czynność	samodzielnie	z pomocą
1.	Zakupy		
2.	Rozporządzanie finansami (np. opłacanie rachunków)		
3.	Podstawowe prace domowe		
4.	Ciężkie prace domowe		
5.	Codzienna toaleta (kąpiel, golenie itp.)		
6.	Orientacja w przestrzeni		
7.	Kucanie/Schylanie		
8.	Sięganie np. z wysokiej półki		
9.	Chodzenie po schodach		
10.	Chodzenie		
11.	Pisanie		
12.	Czytanie		
13.	Zdolności manualne		
14.	Kontrolowanie czynności fizjologicznych		
15.	Korzystanie z toalety		
16.	Ubieranie i rozbieranie		
17.	Przygotowywanie posiłków		
18.	Samodzielne jedzenie		
19.	Przygotowanie i zażywanie leków		

2. OBSERWOWANE OBJAWY U UCZESTNIKA:

l.p.	zachowanie	tak	nie
1.	Problemy z pamięcią		
2.	Problemy z komunikacją		
3.	Apatia (obniżony nastrój emocjonalny)		
4.	Afazja (zapominanie słów, trudność wypowiedzi)		
5.	Niechęć do wykonywania codziennych czynności		
6.	Oslabienie organizmu		
7.	Wycofanie		
8.	Stany depresyjne		
9.	Złe samopoczucie		
10.	Nerwowość		
11.	Uzależnienie od pomocy innych osób		
12.	Inne, jakie?.....		

OŚWIADCZENIE

Wyrażam gotowość do aktywnego i regularnego uczestniczenia w zajęciach oraz oświadczam, że mój obecny stan zdrowia pozwala mi na pobyt i wzięcie udziału w zajęciach Dziennego Ośrodka Wsparcia w Siedlcach i oświadczam, że nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających uczestnictwo oraz, że zgłaszam swoje uczestnictwo dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika)

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest dofinansowany ze środków z budżetu Miasta Siedlce
- Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu zgłoszeniowym uczestnika są zgodne z prawdą.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika)

INFORMACJA O STALE PRZYJMOWANYCH LEKACH

1.	Leki przyjmowane stale	TAK	NIE
		godz. lek	
		godz. lek	
		godz. lek	
		godz. lek	
		godz. lek	
		godz. lek	
		godz. lek	
		godz. lek	
		godz. lek	
		godz. lek	
		godz. lek	
		godz. lek	
		godz. lek	
		godz. lek	
		godz. lek	

.....
(data i czytelny podpis uczestnika lub opiekuna)

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych uczestnika jest Siedleckie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, 08-110 Siedlce, ul. Leśna 96. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się pod numerem telefonu 504 091 599 lub e-mail: siedlce_alz@op.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku z realizowanym w interesie publicznym zadaniem wynikającym z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej w celu udokumentowania Pani/Pana udziału w projekcie Dzienny Ośrodek Wsparcia w Siedlcach.
3. Wizerunek i dane osobowe uczestnika Dziennego Ośrodka Wsparcia w Siedlcach mogą być umieszczane na stronie internetowej Domu: <http://www.alzheimer.org.pl/> oraz na Facebooku i innych portalach społecznościowych po podpisaniu przez uczestnika „zgody na rozpowszechnianie wizerunku”.
4. Dane przechowywane są przez okres niezbędny do realizacji celu do jakiego zostały zebrane zgodnie z terminami archiwizacji wynikającymi z ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
5. W szczególnych sytuacjach Administrator może przekazać/powierzyć dane osobowe innym podmiotom. Podstawą przekazania/powierzenia danych są przepisy prawa lub właściwie skonstruowane, zapewniające bezpieczeństwo danym osobowym, umowy powierzenia przetwarzania danych.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. W granicach i na zasadach opisanych w przepisach prawa, przysługuje Pani/Panu prawo dostępu, do swoich danych osobowych, ich sprostowania (poprawiania), usunięcia, ograniczenia przetwarzania. Ponadto posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (szczegóły na stronie <https://uodo.gov.pl>)
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Brak podania danych skutkować będzie brakiem możliwości udziału w projekcie.

.....
data, czytelny podpis uczestnika

**OŚWIADCZENIE
O WYRAŻENIU ZGODY NA ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU**

Ja, niżej podpisany/a
(czytelnie imię i nazwisko)

jako uczestnik działań podejmowanych przez Siedleckie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, na podstawie przepisu art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 04 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 2509) wyrażam zgodę na nieodpłatne, nieograniczone czasowo, ilościowo i terytorialnie używanie, rozpowszechnianie i przetwarzanie mojego wizerunku bez konieczności każdorazowego zatwierdzania przez Siedleckie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera w Siedlcach (adres: ul. Leśna 96, 08-110 Siedlce), wpisane do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez Sąd Rejonowy Lublin Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000036260, REGON: 710362682).

Przedmiotowa zgoda jest jednoznaczna z tym, iż fotografie, filmy, nagrania lub inne materiały wykonane m.in. podczas zajęć terapeutycznych, imprez integracyjnych, wycieczek, wyjazdów, szkoleń i spotkań będą wykorzystane do celów informacyjnych i promocyjnych Siedleckiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera w Siedlcach, a także mogą być umieszczane na stronie internetowej <http://www.alzheimer.org.pl> i w mediach społecznościowych Stowarzyszenia.

.....
data, czytelny podpis uczestnika