



**KARTA ZGŁOSZENIA - INFORMACYJNA
DO OŚRODKA REHABILITACJI I SZKOLENIA „HOMER” w BYDGOSZCZY**

Zgłaszamy kandydata na Szkolenie rehabilitacyjne – „Zdrowy styl życia” w ramach projektu PFRON „Rehabilitacja to Samodzielność i Rozwój II”

I. DANE OSOBOWE : Tel:

- Imię i Nazwisko
- dokładny adres zamieszkania
- stopień niepełnospr. z tyt. wzroku Orzecz. ważne do: m-c/rok/ stałe
- PESEL wiek
- wykształcenie
- jest/był w: WTZ, ZAZ (czy i kiedy?)
- czy obecnie pracuje..... czy zarejestrowany w PUP.....
- źródła utrzymania
- sytuacja rodzinna: mieszka sam, z rodziną /ile osób/
- czy uczestniczy w innych projektach/jakich?

II. SYTUACJA ZDROWOTNA :

- rodzaj schorzenia okulistycznego : zaćma / operowana: tak / nie ?/,
jaskra, odklejenie siatkówki, degeneracje siatkówki, krótkowzroczność, zanik nerwów wzrokowych
/podkreślić/
inne /podać jakie/.....
- całkowita utrata wzroku : TAK / NIE
- posiada resztki wzroku : poczucie światła, dostrzega zarysy postaci,
rozpoznaje przedmioty, osoby, czyta czarny druk /podkreślić/
- inne schorzenia /jakie?/ wyraźnie podać
- cukrzyca /podać ile razy dziennie bierze insulinę i jaką/.....

III. OCENA SAMODZIELNOŚCI : - potrzebuje przewodnika

- jest samodzielny w zakresie samoobsługi
- posługuje się brajlem, czarnym drukiem, nie posługuje się wcale /podkreślić/
- czy przebywał na szkoleniu rehabilitacyjnym / jakim ?/kiedy ?/
- jakiej formy pomocy rehabilitacyjnej potrzebuje - sprecyzować
oczekiwania co do do szkolenia / kursu
- dodatkowe informacje o kandydacie na szkolenie

Okręg / Koło PZN:.....

sporządził.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polski Związek Niewidomych 00-216 Warszawa ul. Konwiktorska 9, Ośrodek Rehabilitacji i Szkolenia PZN 85-090 Bydgoszcz ul. Powstańców Wielkopolskich 33 oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 (administrator danych) w celach związanych z realizacją „Zasad zlecania przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podpis osoby zgłaszanej