

KARTA EWIDENCYJNA

CZŁONKA ZWYCZAJNEGO PODOPIECZNEGO

POLSKIEGO ZWIĄZKU NIEWIDOMYCH

OKRĘG

KOŁO

A. DANE OSOBOWE		D. DANE O SYTUACJI RODZINNEJ	
Nazwisko i imiona		<input type="checkbox"/> mieszka samotnie <input type="checkbox"/> przebywa w DPS Osoby niewidome wspólnie zamieszkujące:	
Data i miejsce urodzenia		<input type="checkbox"/> współmałżonek <input type="checkbox"/> dziecko/dzieci <input type="checkbox"/> ojciec <input type="checkbox"/> matka <input type="checkbox"/> rodzeństwo <input type="checkbox"/> inni	
PESEL		E. DANE O ŹRÓDŁACH UTRZYMANIA	
Adres zamieszkania		<input type="checkbox"/> Praca miejsce pracy: _____ stanowisko/zawód: _____ wymiar czasu pracy _____	
Telefon: _____ dom _____ praca _____		<input type="checkbox"/> emerytura <input type="checkbox"/> renta <input type="checkbox"/> renta socjalna <input type="checkbox"/> zasiłek stały <input type="checkbox"/> alimenty <input type="checkbox"/> na wyłącznym utrzymaniu rodziny <input type="checkbox"/> inne	
B. DANE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI			
stopień: <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> całkowicie niewidomy(a) orzeczenie: <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> czasowe			
Ze względu na stan wzroku organ wydający orzeczenie i data orzeczenia: data badania kontrolnego: zmiana orzeczenia: przyczyna utraty wzroku:			
stopień: <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> brak dod. niepełnosprawności orzeczenie: <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> czasowe przyczyny dodatk. niepełnosprawności:			
C. NAUKA - WYKSZTAŁCENIE			
dot. dzieci i młodzieży do lat 16		dot. osób powyżej 16 lat	
uczęszcza do: przedszkola:		uczy się w szkole:	
szkoły:		studjuje (kierunek, uczelnia, rok)	
nie objęty(a) opieką przedszkolną lub nauką szkolną <input type="checkbox"/>		WYKSZTAŁCENIE	
		Tytuł naukowy:	
		Zawód wyuczony:	
F. PRZYNALEŻNOŚĆ DO PZN			
Data przyjęcia do PZN: _____			
Nr uchwały prezydium ZO: _____			
Nr legitymacji PZN: _____			
składka: <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> obniżona do kwoty <input type="checkbox"/> zwolnienie ze składek zmiany:			
Data i przyczyna ustania przynależności do PZN: _____			