



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

Zgłaszamy kandydata na Szkolenie rehabilitacyjne – „Rehabilitacja podstawowa” w ramach projektu PFRON - „Azymut na Rehabilitację”

I. DANE OSOBOWE : Tel: .....

- Imię i Nazwisko .....
- dokładny adres zamieszkania .....
- stopień niepełnosprawności z tyt. wzroku ..... Orzecz. stałe/czasowe. Ważne do: m-c/rok/
- 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 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 zlecenia 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 2019 r. poz. 1781). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania..

Podpis osoby zgłaszanej .....