



POLSKIE TOWARZYSTWO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Zarząd Główny

POLISH ASSOCIATION of PEOPLE with DISABILITIES

Organizacja Pożytku Publicznego

90-119 Łódź, ul. Kilińskiego 87, tel. 042 6332570, fax: 0 42 6326309, www.zgptn.org

KRS 0000288575 • REGON 100409921 • NIP 725 19 54 634 • Konto PKO BP 55 1020 3352 0000 1002 0121 7124

.....
(imię, nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(miejscowość, kod pocztowy)

.....
(adres tel.)

Polskie Towarzystwo Osób Niepełnosprawnych

90-119 Łódź

ul. Kilińskiego 87

WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY

Ja, niżej podpisana/y zwracam się z prośbą o pomoc dotyczącą sprzętu rehabilitacyjnego dla mnie/mojego dziecka zgodnie z załączoną ankietą.

.....
(podpis)

Nr sprawy.....

Konsultanci prowadzący sprawę:.....
Kontakt:.....

ANKIETA POMOCNICZA DOTYCZĄCA DZIECKA

I INFORMACJE OGÓLNE O DZIECKU

Imię i nazwisko data urodzenia.....

adres zamieszkania: (województwo) (miejscowość)

(ulica)..... (nr domu) (nr lokalu)

Czy dziecko jest ubezpieczone (tak/nie)

Czy dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności (tak/nie)

Czy dziecko otrzymuje zasiłek pielęgnacyjny (tak/nie)

Diagnoza (w jęz. polskim)

Czy choroba jest postępująca (tak/nie).....

Jaki sprzęt rehabilitacyjny dziecko posiada do dyspozycji (proszę podać rok przyznania refundacji).....
.....
.....

Jaki sprzęt rehabilitacyjny jest dziecku potrzebny

.....
.....
.....
.....
.....

Informacje o aktualnym stanie zdrowia dziecka i jego możliwościach:

Ocena samodzielności	tak	nie
Dziecko leżące		
Czy dziecko samodzielnie siada		
Czy dziecko samodzielnie porusza się		
Czy porusza się z pomocą osoby drugiej		
Czy ma możliwość samodzielnego poruszania się na wózku z napędem ręcznym		
Czy ma możliwość fizyczną obsługiwaną wózka elektrycznego		
Czy dziecko kontroluje potrzeby fizjologiczne		
Czy jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności pielęgnacyjne		
Czy jest w stanie samodzielnie spożywać posiłki		
Czy wymaga rehabilitacji		
Dziecko widzące		
Dziecko słyszące		
*		
*		
*		
*		
*		
*		

(*) proszę wpisać inne, nie wymienione w tabeli czynności, których dziecko nie jest w stanie samodzielnie wykonywać.

- Dziecko przebywa w dziennym ośrodku pomocy (tak/nie).....
- Dziecko uczęszcza na warsztaty terapii zajęciowej (tak/nie).....
- Dziecko uczęszcza do przedszkola (tak/nie).....
- Dziecko uczy się w szkole (tak/nie).....w klasie integracyjnej (tak/nie).....
- Dziecko uczy się w szkole specjalnej (tak/nie).....
- Dziecko w uczy się w trybie indywidualnym w domu (tak/nie).....
- Inne uwagi dotyczące edukacji dziecka.....
-
-

II SYTUACJA MIESZKANIOWA

1. Dom jednorodzinny^(*), wielorodzinny prywatny^(*), wielorodzinny komunalny^(*), wielorodzinny spółdzielczy^(*), inne.....
2. Budynek parterowy^(*), piętrowy^(*), mieszkanie na(proszę podać kondygnację)
3. Przybliżony rok budowy.....
4. Opis mieszkania:
 - pokoje (ilość).....
 - kuchnia.....
 - łazienka.....
 - wc.....
5. Łazienka wyposażona w : wannę brodzik kabinę prysznicową umywalkę
6. W mieszkaniu jest instalacja wody zimnej ciepłej kanalizacja centralne ogrzewanie prąd gaz
7. Mieszkanie własnościowe.....wynajmowane.....
8. Ogólna ocena warunków mieszkaniowych w skali 1-10.....
9. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych.....

.....

.....

.....

^(*) proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

**OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM
Z DZIECKIEM (W TYM INNE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE)**

Imię, nazwisko.	Stopień pokrewieństwa	Niepełnosprawność tak/nie

Jeśli z dzieckiem zamieszkują inne osoby niepełnosprawne, należy wypełnić załącznik do ankiety (zał.1 dla dziecka, zał.2 dla osoby dorosłej).

III DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW (OPIEKUNÓW PRAWNYCH DZIECKA)

MATKA

Imię nazwisko adres zamieszkania:
(województwo) (miasto)
(ulica) (nr domu) (nr lokalu).....
Dowód osob. seria nr wydany w dn. przez
tel. kontaktowy

OJCIEC

Imię nazwisko adres zamieszkania:
(województwo) (miasto)
(ulica) (nr domu) (nr lokalu).....
Dowód osob. seria nr wydany w dn. przez
tel. kontaktowy

IV OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Dochód na jedną osobę w gospodarstwie domowym wynosi:.....

Czy są Państwo w stanie wnieść udział własny na częściowe pokrycie kosztów potrzebnego sprzętu rehabilitacyjnego tak/nie.....jeśli tak w jakiej kwocie.....

Czy zwracali się Państwo o dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego dla dziecka do odpowiednich instytucji (PFRON, MOPS, PCPR, lub innych) tak/nie.....

Jeśli tak, proszę podać z jakim skutkiem (krótki opis sytuacji).....

Inne informacje dotyczące dziecka, nie zawarte w pytaniach ankiety, a mogące mieć wpływ na rodzaj udzielonej pomocy:.....

.....
Data i podpis osoby wypełniającej ankietę

Załącznik: kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)

V OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233.1 k.k. oświadczam, że dane zawarte w niniejszej ankiecie są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych przez ZGPTN do celów związanych z realizacją pomocy zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U.Nr 13 poz. 883).

O wszelkich zmianach dotyczących ankiety zobowiązuję się niezwłocznie poinformować ZG PTN.

.....
podpis