Załącznik Nr 3.
do Regulaminu rekrutacji
i uczestnictwa w Projekcie

WSTĘPNA KARTA KWALIFIKACYJNA KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ W RAMACH PROJEKTU

PN. „WSPIERANIE AKTYWNEGO WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI ORAZ ZWIĘKSZENIE ICH ZDOLNOŚCI DO ZATRUDNIENIA POPRZEZ UTWORZENIE WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ JAKO PODMIOTU REINTEGRACJI W BORNEM SULINOWIE”

realizowanego na podstawie umowy Nr FEPZ.06.13-IP.01-0006/24, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021 - 2027, Priorytet 6: Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego, Działanie 6.13 Aktywna integracja w regionie – Typ 2. Tworzenie podmiotów reintegracyjnych tj. centrów integracji społecznej i klubów integracji społecznej oraz warsztatów terapii zajęciowej i zakładów aktywności zawodowej oraz wsparcie działalności istniejących podmiotów reintegracyjnych.

I. DANE PERSONALNE KANDYDATA/KANDYDATKI

Nazwisko i imię.....
Data urodzenia.....
PESEL…….....
Miejsce zamieszkania ……
Nazwisko i imię rodzica/opiekuna ……

II. DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Stopień niepełnosprawności ……
Rodzaj niepełnosprawności (wymagane oprzyrządowanie)
……
……
Ważność orzeczenia ……
Schorzenia współistniejące i sposób leczenia (opieka poradni, lekarza)
……
……
……
……
……

Czy kandydat/ka ze względu na schorzenie wymaga transportu na zajęcia w WTZ?
……
……
……

III. INFORMACJE O KANDYDACIE/TCE:

1. Komunikowanie się (mówienie, pisanie, czytanie)
.....
.....
.....
.....
.....

2. Samoobsługa w zakresie: higieny osobistej, spożywania posiłków, ubierania się
.....
.....
.....
.....
.....

3. Uspołecznienie:
- zaradność środowiskowa (poruszanie się, załatwianie spraw, w tym zakupy)
- współżycie w środowisku (relacje z innymi):
.....
.....
.....
.....
.....

4. Sprawność motoryczna (motoryka mała – sprawność dłoni i palców; motoryka duża – sprawność ruchowa kończyn i całego ciała).):
.....
.....
.....
.....
.....

5. Wykształcenie
.....
.....

6. Inne informacje, zdolności i zainteresowania:
.....
.....

7. Czy kandydat/ka aktualnie pozostaje uczestnikiem innej placówki wsparcia lub uczniem Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego?

.....
.....

8. Na jakie główne bariery napotyka kandydat/ka?
.....

.....
.....

9. Jakie są potrzeby i oczekiwania kandydata/ki wobec WTZ (np. przygotowanie do podjęcia pracy w ZAZ lub na otwartym rynku pracy)?

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

....
(miejscowość i data) (czytelny podpis kandydata/ki)

.....
*(czytelny podpis opiekuna prawnego kandydata/ki)**

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej karta powinna zostać podpisana przez jej prawnego opiekuna.