 **DEKLARACJA**

PRZYSTPĄPIENIA DOROSŁEJ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

DO NOWEJ PLACÓWKI OPIEKUŃCZO- TERAPEUTYCZNEJ

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego:

…………………………………………………………………………………………………………………

Adres stałego zamieszkania:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tel. kontaktowy:

……………………………………………………………………………..

Proszę o przyjęcie mojego syna /córki do grona osób z niepełnosprawnościami oczekujących na utworzenie dla nich ośrodka opiekuńczo- terapeutycznego.

Dane dorosłego kandydata:

1. Imiona i nazwisko……………………………………………………………………………………………
2. Data urodzenia:…………………………………………………………………………….
3. Stopień niepełnosprawności ( na podstawie Orzeczenia o niepełnosprawności): ………………………………………………………………………………………..
4. Rodzaj niepełnosprawności ( właściwe podkreślić)

a/ schorzenia narządu ruchu

b/ schorzenia narządu słuchu

c/ niepełnosprawność intelektualna

d/ niepełnosprawność sprzężona

e/ choroby psychiczne

f/ autyzm

g/ inne (jakie?)……………………………………………………………………..

1. Stopień samodzielności ( właściwe podkreślić): ( chodzenie, wykonywanie poleceń, czynności samoobsługowe, potrzeby fizjologiczne)

a/ całkowicie samodzielny

b/ samodzielny, ale z pomocą

c/ mało samodzielny

d/ całkowicie niesamodzielny

1. Dotychczasowy przebieg edukacji (Do jakich placówek uczęszczał/ ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Od kiedy może zapisać się do nowej placówki……………………………………….

………………………………………………… ………………………………………………………………

 Miejscowość, data: Podpis rodzica/opiekuna prawnego