

*Projekt „POGODNE WZRASTANIE” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez Fundację Pomocy Młodzieży im. św. Jana Pawła II „WZRASTANIE” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.*

**Załącznik nr 8 do Formularza rekrutacyjnego do projektu**

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o wsparcie w formie usług opiekuńczych w Domu Opieki Diennej**

1.	Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o skierowanie do Domu Opieki Diennej (DOD):	.....
2.	Data i miejsce urodzenia:	.....
3.	Kandydat/ka ubiegający się o wsparcie nie wymaga leczenia szpitalnego:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.	Stan innych narządów i układów, choroby współistniejące:	..... ..... .....
5.	Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:	..... ..... .....
6.	Zalecenie w zakresie diety żywieniowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli TAK, jakiego rodzaju.....
7.	Kandydat/ka ubiegający/a się o udział w projekcie, ze względu na stan zdrowia, potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli TAK, z jakiego powodu: <input type="checkbox"/> Stan zdrowia (rodzaj choroby): ..... <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność
8.	Kandydat/ka ubiegający/a się o wsparcie jest osobą:	- z niepełnosprawnością sprzężoną <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		- z zaburzeniami psychicznymi (w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
9.	Czy istnieje konieczność objęcia wsparciem kandydata/ki ubiegającego/ej się o wsparcie przez specjalistę:	Psycholog <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Terapeuta <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Prawnik <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Inny..... <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

.....  
 (Miejscowość i data)

.....  
 (Pieczęć i podpis lekarza)