

Projekt „PRZYSTAŃ NAD SANEM” 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 projektu

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o wsparcie
w formie usług opiekuńczych w Dziennym Domu Pomocy**

| | | |
|----|---|--|
| 1. | Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o skierowanie do Dziennego Domu Pomocy (DDP): | |
| 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 |

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)