KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU „NIEPOWTARZALNA DOGOTERAPIA" Fundacji Niepowtarzalni

Projekt skierowany jest do dzieci zamieszkujących na terenie: powiatu wrocławskiego, miasta Wrocławia, powiatu trzebnickiego lub powiatu wołowskiego, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, w szczególności z rozpoznaniem spektrum autyzmu lub niepełnosprawności intelektualnej.

I. DANE DZIECKA

1. Imię i nazwisko dziecka

.....

2. Data urodzenia

.....

3. Adres zamieszkania

Ulica i nr domu/mieszkania:

.....

Kod pocztowy i miejscowość:

.....

4. Powiat zamieszkania

☐ powiat wrocławski
☐ miasto Wrocław
☐ powiat trzebnicki
☐ powiat wołowski

II. DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

5. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....

6. Numer telefonu

.....

7. Adres e-mail

.....

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

9. Czy dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności?

☐ tak
☐ nie

Do formularza należy dołączyć kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.

10. Rodzaj / przyczyna niepełnosprawności wskazana w dokumentacji dziecka

☐ spektrum autyzmu
☐ niepełnosprawność intelektualna
☐ inne: .....

11. Prosimy krótko opisać szczególne potrzeby dziecka wynikające z niepełnosprawności, które mogą mieć znaczenie podczas udziału w zajęciach

.....

.....

IV. KOMUNIKACJA I SZCZEGÓLNE POTRZEBY

12. W jaki sposób dziecko najczęściej komunikuje swoje potrzeby?

☐ mowa
☐ pojedyncze słowa / dźwięki
☐ gesty / wskazywanie
☐ mimika / zachowanie
☐ symbole / obrazki
☐ książka komunikacyjna
☐ urządzenie / komunikator AAC
☐ inny sposób: .....

13. Czy dziecko korzysta obecnie z komunikacji alternatywnej lub wspomagającej AAC?

☐ nie
☐ tak

Jeżeli tak, z jakiego rozwiązania?
.....

14. Czy dziecko wymaga szczególnego wsparcia w zakresie komunikacji podczas zajęć?

☐ nie
☐ tak
☐ trudno powiedzieć

Jeżeli tak, proszę krótko opisać:
.....

15. Czy dziecko ma szczególne potrzeby związane z dostępnością miejsca zajęć, np. porusza się na wózku, wymaga pomocy podczas przemieszczania się?

☐ nie
☐ tak

Jeżeli tak, jakie?
.....

16. Czy dziecko korzysta ze sprzętu wspomagającego?

☐ nie
☐ tak

Jeżeli tak, proszę podać jakiego:
.....

V. INFORMACJE WAŻNE DLA BEZPIECZEŃSTWA

17. Czy u dziecka stwierdzono alergię na sierść psa lub inne alergeny związane ze zwierzętami?

☐ nie
☐ tak
☐ nie wiem

Jeżeli tak, proszę podać jakie:
.....

18. Czy dziecko odczuwa lęk, silny niepokój lub dyskomfort w kontakcie z psami?

☐ nie
☐ tak
☐ trudno powiedzieć

Jeżeli tak, proszę krótko opisać:
.....

19. Czy u dziecka występują nadwrażliwości sensoryczne, które mogą mieć znaczenie podczas zajęć?

☐ nie
☐ tak

Jeżeli tak, jakie?
.....

20. Czy występują zachowania lub reakcje, o których prowadzący powinien wiedzieć ze względu na bezpieczeństwo dziecka, innych uczestników lub psa?

☐ nie
☐ tak

Jeżeli tak, proszę krótko opisać:
.....

.....

21. Czy występują inne problemy zdrowotne lub szczególne potrzeby, które powinny zostać uwzględnione podczas zajęć?

☐ nie
☐ tak

Jeżeli tak, proszę opisać:
.....

VI. WCZEŚNIEJSZE DOŚWIADCZENIA Z PSEM

22. Czy dziecko miało wcześniej regularny kontakt z psem?

☐ tak
☐ nie
☐ sporadycznie

23. Czy dziecko uczestniczyło wcześniej w zajęciach dogoterapii?

☐ tak
☐ nie

Jeżeli tak, proszę podać orientacyjnie kiedy / przez jaki czas:
.....

VII. OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

☐ Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Zasadami uczestnictwa w projekcie Niepowtarzalna ANIMALOTERAPIA", rozumiem ich treść i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

☐ Oświadczam, że dziecko jest mieszkańcem powiatu wrocławskiego, miasta Wrocławia, powiatu wołowskiego lub powiatu trzebnickiego.

☐ Oświadczam, że informacje podane w kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym.

☐ Zobowiązuję się do poinformowania organizatora o zmianach dotyczących stanu zdrowia lub innych okolicznościach mających wpływ na możliwość bezpiecznego uczestnictwa dziecka w projekcie.

☐ Wyrażam zgodę na kontakt w sprawach związanych z rekrutacją, organizacją i realizacją projektu.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że wypełnienie kwestionariusza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem dziecka do udziału w projekcie.

☐ W przypadku realizacji zajęć podczas pobytu dziecka w przedszkolu lub szkole upoważniam nauczyciela, pedagoga lub inną osobę sprawującą w tym czasie opiekę nad dzieckiem do potwierdzania jego obecności na zajęciach w moim imieniu.

VIII. INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH

Dane przekazane w formularzu będą wykorzystywane w celu przeprowadzenia rekrutacji, organizacji udziału dziecka w projekcie, zapewnienia odpowiednich warunków uczestnictwa, bezpieczeństwa oraz racjonalnych usprawnień.

Szczegółowa klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia i niepełnosprawności, zostanie przekazana rodzicowi/opiekunowi prawnemu wraz z formularzem zgłoszeniowym.

Miejscowość i data
.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego
.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego
.....

Zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przekazanych przez Samorząd Województwa Dolnośląskiego

NIE MA BARIER. Dolny Śląsk

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

DOLNY ŚLĄSK

CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ FUNDACJĘ NIEPOWTARZALNI

Data wpływu zgłoszenia:

.....

Numer zgłoszenia:

.....

A. Weryfikacja miejsca zamieszkania

☐ powiat wrocławski
☐ miasto Wrocław
☐ powiat trzebnicki
☐ powiat wołowski

B. Weryfikacja dokumentów

☐ kwestionariusz kompletny
☐ kopia orzeczenia o niepełnosprawności
☐ dokumentacja wymaga uzupełnienia

C. Spełnienie podstawowych kryteriów udziału

☐ tak
☐ nie
☐ wymaga uzupełnienia

D. Szczególne potrzeby / potrzeba racjonalnych usprawnień

☐ nie
☐ tak

Zakres:

.....

.....

E. Decyzja

☐ uczestnik zakwalifikowany
☐ lista rezerwowa
☐ uczestnik niezakwalifikowany
☐ zgłoszenie wymaga uzupełnienia

Uwagi:

.....

.....

Data i podpis osoby dokonującej weryfikacji:

.....