**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE** |
| IMIĘ |  |
| NAZWISKO |  |
| PESEL |  |
| **DANE TELEADRESOWE** |
| ULICA |  |
| NR DOMU/NR LOKALU |  |
| KOD POCZTOWY |  |
| MIEJSCOWOŚĆ |  |
| **SYTUACJA ZDROWOTNA** |
| ROZPOZNANIE |  |
| DATA ROZPOZNANIA/ZACHOROWANIA |  |
| UBEZWŁASNOWOLNIENIE | □ TAK □ CZĘŚCIOWO □ CAŁKOWICIE□ NIE |
| **SYTUACJA RODZINNA** |
| STAN CYWILNY |  |
| DZIECI  | □ TAK□ NIEILE ……………………WIEK DZIECI ………………………………………………………… |
| **SYTUACJA ZAWODOWA** |
| WYKSZTAŁCENIE | □ PODSTAWOWE□ GIMNAZJALNE□ ZAWODOWE□ ŚREDNIE□ POLICEALNE□ WYŻSZE |
| ZATRUDNIONY | □ TAK□ NIE |
| AKTUALNE/OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA |  |
| **SYTUACJA SOCJALNA** |
| ŹRÓDŁO DOCHODU |  |
| WYSOKOŚĆ DOCHODU NETTO |  |
| AKTUALNA SYTUACJA MIESZKANIOWA | □ MIESZKAM SAMODZIELNIE□ MIESZKAM Z RODZINĄ□ INNE (JAKIE ……………………………………………………) |
| STANDARD AKTUALNEGO MIESZKANIA | OGRZEWANIE □ TAK □ NIECIEPŁA WODA □ TAK □ NIE ŁAZIENKA □ TAK □ NIEWC □ TAK □ NIEOSOBNY POKÓJ □ TAK □ NIE |
| KORZYSTANIE Z OŚRODKÓWLECZENIA  | **□** ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY OGÓLNY□ ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY DZIENNY□ ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY□ ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO□ HOSTEL TERAPEUTYCZNY□ PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGOOD KIEDY ………………………… |
| KORZYSTANIE Z OŚRODKÓWWSPARCIA | **□** DOM POMOCY SPOŁECZNEJ□ SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE□ ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY□ WARSZTATY TERAPII ZAJĘCIOWEJ□ KLUB INTEGRACJI SPOŁECZNEJ□ KLUB SAMOPOMOCY□ INNE ……………………………OD KIEDY …………………….. |
| NAZWA OŚRODKA LECZENIA / WSPARCIA |  |
| PRZYCZYNA WYSTAPIENIA Z WNIOSKIEM O PRZYZNANIE MIEJSCA W MIESZKANIU WSPOMAGANYM(można zaznaczyć kilka wariantów) | □ UBÓSTWO□ BEZDOMNOŚĆ□ BEZROBOCIE□ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ□ PRZEMOC W RODZINIE□ BEZRADNOŚĆ W PROWADZENIU GOSPODARSTWA DOMOWEGO□ TRUDNOŚCI W PRZYSTOSOWANIU DO ŻYCIA PO OPUSZCZENIU SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO/ZOL/DPS□ SYTUACJA KRYZYSOWA□ POTRZEBA UZYSKANIA WSPARCIA W AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ |
| PREFEROWANA LOKALIZACJA MIESZKANIA WSPOMAGANEGO | □ Lublin ul. Głuska 140□ Lublin ul. Zdrowa 14□ Kamień 19 B, Łaziska |
| **OSOBA DO KONTAKTU/ OPIEKUN PRAWNY** |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| TELEFON |  |

**Wyrażam / nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z ubieganiem się o przyjęcie mnie do mieszkania wspomaganego.**

* **Niepotrzebne skreślić**

**Podpis kandydata**

**………………………..**