Załącznik nr 1 Wniosek o przyjęcie do „Kokoszki”

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I** | **DANE OPIEKUNA PRAWNEGO/FAKTYCZNEGO/PEŁNOMOCNIKA OSOBY /DZIECKA OBJĘTEGO OPIEKĄ** | | | | |
| imię i nazwisko | |  | | |
| adres zamieszkania | |  | | |
| telefon kontaktowy | |  | | |
| adres e-mail | |  | | |
| **II** | **PREFEROWANY CZAS ŚWIADCZENIA USŁUGI OPIEKI STACJONARNEJ** | | | | |
| Planowana data | |  | | |
| **III** | **DANE OSOBY /DZIECKA OBJĘTEGO OPIEKĄ** | | | | |
| imię | |  | | |
| nazwisko | |  | | |
| data urodzenia  wiek: | |  | | |
| adres | |  | | |
| pesel | |  | | |
| **IV** | **STAN ZDROWIA OSOBY /DZIECKA OBJĘTEGO OPIEKĄ** | | | | |
| **KOD jednostki chorobowej wg ICD-10, opis stanu zdrowia dziecka, uwagi:**  **Nazwa choroby i numer:**  **- jak dziecko się porusza?**  **- jak dziecko jest żywione? (ma pega, je doustnie, ma specjalną dietę?)**  **- jak dziecko się komunikuje?**  **- czy zdarzają się u dziecka epizody agresji (autoagresji)?**  **Jeśli tak, to czy dziecko jest w związku z tymi zachowaniami pod opieką psychiatry (bierze leki)?** | | | | |
| **ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | |
|  | TAK | |  | NIE |
| **V** | **OŚWIADCZENIA OPIEKUNA PRAWNEGO/CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO** | | | | |
|  | Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego podopiecznego/dziecka zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do świadczenia wsparcia w Domu Opieki Wytchnieniowej „Kokoszka” przez Fundację Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) | | | |
| …………………………………………………….  Data i podpis opiekuna prawnego, rodzica, opiekuna faktycznego | | | | |
| **VI** | **OŚWIADCZENIA PODOPIECZNEGO PEŁNOLETNIEGO (w przypadku osoby nieubezwłasnowolnionej)** | | | | |
|  | Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu Domu Opieki Wytchnieniowej „Kokoszka” prowadzonego przez Fundację Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci | | | |
|  | Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do świadczenia wsparcia w Domu Opieki Wytchnieniowej „Kokoszka” przez Fundację Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). | | | |
| ………………………………………………….  Data i podpis osoby niepełnosprawnej | | | | |