

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE REGIONDOBREGO WSPARCIA

W celu aktywowania przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sianowie usługi podaję następujące dane osobowe:

Dane osobowe			
Imię i nazwisko			
Adres			
PESEL			
Nr Telefonu			
Data urodzenia			
Informacje o orzeczeniu o niepełnosprawności	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> TAK: <input type="checkbox"/> na stałe <input type="checkbox"/> okresowe do kiedy? <input type="checkbox"/> NIE		
Sytuacja rodzinna			
<input type="checkbox"/> samotnie zamieszkująca/y <input type="checkbox"/> zamieszkująca/y wspólnie z rodziną/znajomymi			
Stan zdrowia			
<input type="checkbox"/> porusza się samodzielnie <input type="checkbox"/> porusza się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego: <input type="checkbox"/> kul/laski <input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> balkonika <input type="checkbox"/> niedowidzi <input type="checkbox"/> niedosłyszy <input type="checkbox"/> słyszy przy pomocy aparatu słuchowego			
Dane Opiekuna			
- imię i nazwisko.....			
- numer telefonu.....			
- adres zamieszkania.....			

.....
Data i podpis użytkownika opaski