Zgłoszenie osoby chorującej psychicznie do udziału w projekcie mieszkania chronionego-treningowego

**imię i nazwisko ………………………………………………………………………………….**

**data urodzenia …………………………………………………………………………………**

**adres zameldowania ………………………………………………………………………..**

**Tel. ……………………………………………..**

**adres mailowy ………………………………………………………………………………….**

**Czy** posiada Pan/ani orzeczenie o niepełnosprawności ? …………………..

jeśli tak, to jaki jest symbol przyczyny niepełnosprawności ? ……………..

jaka jest data ważności orzeczenia? …………………………………………………..

**Czy** posiada Pan/ani diagnozę Zespołu Aspergera lub autyzmu? ………..

**Czy P**an/ani pracuje?............................... proszę podać miejsce pracy ……………………………………………………………………………………………………………

 **Czy** Pan/ani uczy się?................................proszę podać który semestr, kierunek studiów i nazwę uczelni ……………………………………………………………

**Czy** Pan/ani korzysta z ośrodku dziennego wsparcia?……………….…………… jakiego………………………………………………………………………………………….……….

**Czy**Pan/ni uczęszcza na indywidualne zajęcia z psychologiem? …………… w jakim ośrodku ……………………………………………………………………………………

**Czy** jest Pan/ni pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego lub prywatnego psychiatry? ……………………………………………………………………….

**Czy** uczęszcza Pan/Pani na zajęcia grupowe?…………………………………………

**Czy** mieszkał /a Pan/Pani już poza domem rodzinnym samodzielnie? ……………………………………………………………………………………………………………..

**Czy** stan zdrowia umożliwia panu/pani zamieszkanie poza domem rodzinnym?……………………………………………………………………………………………

**O**becnie mieszka Pan/Pani ( *proszę wpisać osoby*) z ……………………………..

**Czy** rodzice/ opiekunowie wyrażają zgodę na Pana/Pani udział w projekcie ?...................................................................................................

**D**laczego chce pan/pani wziąć udział w projekcie mieszkaniowym? ……….
…………………………………………………………………………………………………………………