



**Formularz zgłoszeniowy do projektu:
*Holistyczna aktywność społeczna OżN III***

Imię i nazwisko beneficjenta.....

Adres zamieszkania.....
(miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy)

Województwo..... Powiat..... Gmina.....

Telefon kontaktowy:..... E-mail.....

PESEL: _ _ _ _ _

Odpowiednie zaznacz „X”/uzupełnij- wszystkie pola wymagane

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

☐ znaczny

☐ umiarkowany

☐ lekki

☐ orzeczenie o niepełnosprawności przed 16 rokiem życia

PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

☐ SM

☐ inne neurologiczne:.....

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

☐ 02-P- choroby psychiczne

☐ 03-L-zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

☐ 05-R- upośledzenie narządu ruchu

☐ 10-N- choroby neurologiczne

☐ inne:.....

SPOSÓB PORUSZANIA SIĘ:

☐ samodzielnie

☐ o kuli/kulach

☐ o balkoniku

☐ na wózku

☐ inne:.....

ORGAN ORZEKAJĄCY O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

.....

NUMER ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

.....



ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WAŻNE BEZTERMINOWO:

☐ tak

☐ nie

ważne do:
(data)

GRUPA INWALIDZKA:

☐ pierwsza grupa

☐ druga grupa

☐ trzecia grupa

☐ nie dotyczy

NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY:

☐ częściowa niezdolność do pracy

☐ całkowita niezdolność do pracy

☐ całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji

☐ nie dotyczy

MIEJSCE ZAMIESZKANIA:

☐ miasto do 20 tys. mieszkańców

☐ miasto powyżej 20 do 50 tys. mieszkańców

☐ miasto powyżej 50 tys. do 100 tys.

☐ powyżej 100 tys. mieszkańców

☐ wieś

WYKSZTAŁCENIE:

☐ podstawowe

☐ gimnazjalne

☐ zawodowe

☐ średnie

☐ policealne

☐ wyższe

.....
(data, imię i nazwisko beneficjenta)