

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU: INTEGRACJA SPOŁECZNA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W MŁODYM WIEKU**

**Zrealizowano dzięki wsparciu Gminy Miasta Toruń**

Imię i nazwisko zgłaszającego: ..............................................................................................................

Data urodzenia: ......................................................................................................................................

Miejsce zamieszkania: ............................................................................................................................

Telefon kontaktowy: ...............................................................................................................................

Posiadany stopień o niepełnosprawności: …...........................................................................................

Stopień niepełnosprawności ważny do: .................................................................................................

Czy zgłaszający korzysta z innych form terapeutycznych: Tak /Nie (właściwe zaznacz)

Jeśli tak to jakich? ...................................................................................................................................

Czy zgłaszający podczas codziennego funkcjonowania korzysta z pomocy osób trzecich? Tak /Nie (właściwe zaznacz)

Czy zgłaszający bierze udział w zajęciach integracyjnych w innych placówkach? Tak /Nie (właściwe zaznacz)

Opis sytuacji socjalno- bytowej (rodzaj schorzenia, ilość osób w gospodarstwie domowym, warunki mieszkaniowe, sposób poruszania się, pomoce z których korzysta zgłaszający

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Data i podpis zgłaszającego/opiekuna prawnego zgłaszającego

.....................................................................................................