

KARTA ZGLOSZENIA

Lp.	Nazwa
1	Tytuł Projektu: „Terapia dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w środowisku domowym”.
2	Nr Projektu: RPMA.09.02.02-14-7632/17-00
3	W ramach priorytetu IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem
4	Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej
5	9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych

	Lp.	Nazwa
Dane uczestnika	1	Imię
	2	Nazwisko
	3	Płeć
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu
	5	PESEL
	6	Orzeczenie o niepełnosprawności: tak/nie *
Dane kontaktowe (związane z faktycznym miejscem zamieszkania)	7	Ulica
	8	Nr domu
	9	Nr lokalu
	10	Miejscowość
	11	Obszar: miejski/wiejski *
	12	Kod pocztowy
	13	Województwo
	14	Powiat
	15	Telefon stacjonarny
	16	Telefon komórkowy
17	Adres e-mail	
Dane dodatkowe	18	Imię opiekuna prawnego
	19	Nazwisko opiekuna prawnego
	20	Sytuacja materialna rodziny: dobra/zła *
	21	Ilość dzieci w rodzinie
	22	Status rodziny: pełna/niepełna *
	23	Czy dziecko ma specjalne potrzeby rozwojowe: tak/nie *
	24	Czy dziecko ma rozpoznanie lekarskie z gr. F84 (wg ICD-10): tak/nie *
	25	Czy obecnie dziecko nie jest objęte żadnym innym programem terapeutycznym w związku z ASD finansowanym z NFZ i nie bierze udziału w analogicznym projekcie finansowanym ze środków publicznych: tak/nie *

*niepotrzebne skreślić

.....
Data, czytelny podpis Opiekuna