**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE** | | |
| IMIĘ |  | |
| NAZWISKO |  | |
| PESEL |  | |
| **DANE TELEADRESOWE** | | |
| ULICA |  | |
| NR DOMU/NR LOKALU |  | |
| KOD POCZTOWY |  | |
| MIEJSCOWOŚĆ |  | |
| NUMER TELEFONU |  | |
| **SYTUACJA ZDROWOTNA** | | |
| ROZPOZNANIE |  | |
| DATA ROZPOZNANIA/ZACHOROWANIA |  | |
| UBEZWŁASNOWOLNIENIE | □ TAK: □ CZĘŚCIOWO □ CAŁKOWICIE  □ NIE | |
| **SYTUACJA RODZINNA** | | |
| STAN CYWILNY |  | |
| DZIECI | □ TAK  □ NIE  ILE ……………………  WIEK DZIECI ………………………………………………………… | |
| **SYTUACJA ZAWODOWA** | | |
| WYKSZTAŁCENIE | □ PODSTAWOWE  □ GIMNAZJALNE  □ ZAWODOWE  □ ŚREDNIE  □ POLICEALNE  □ WYŻSZE | |
| ZATRUDNIONY | □ TAK  □ NIE | |
| AKTUALNE/OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA |  | |
| **SYTUACJA SOCJALNA** | | |
| ŹRÓDŁO DOCHODU | |  |
| WYSOKOŚĆ DOCHODU NETTO | |  |
| AKTUALNA SYTUACJA MIESZKANIOWA | | □ MIESZKAM SAMODZIELNIE  □ MIESZKAM Z RODZINĄ  □ INNE  (JAKIE ……………………………………………………) |
| STANDARD AKTUALNEGO MIESZKANIA | | OGRZEWANIE: □ TAK □ NIE  CIEPŁA WODA: □ TAK □ NIE  ŁAZIENKA: □ TAK □ NIE  WC: □ TAK □ NIE  OSOBNY POKÓJ: □ TAK □ NIE |
| KORZYSTANIE Z OŚRODKÓW  LECZENIA | | **□** ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY OGÓLNY  □ ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY DZIENNY  □ ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY  □ ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO  □ HOSTEL TERAPEUTYCZNY  □ PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO  OD KIEDY ………………………… |
| KORZYSTANIE Z OŚRODKÓW  WSPARCIA | | **□** DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  □ SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE  □ ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY  □ WARSZTATY TERAPII ZAJĘCIOWEJ  □ KLUB INTEGRACJI SPOŁECZNEJ  □ KLUB SAMOPOMOCY  □ INNE ……………………………  OD KIEDY …………………….. |
| NAZWA OŚRODKA LECZENIA / WSPARCIA | |  |
| PRZYCZYNA WYSTAPIENIA Z WNIOSKIEM O PRZYZNANIE MIEJSCA W MIESZKANIU WSPOMAGANYM  (można zaznaczyć kilka wariantów) | | □ UBÓSTWO  □ BEZDOMNOŚĆ  □ BEZROBOCIE  □ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ  □ PRZEMOC W RODZINIE  □ BEZRADNOŚĆ W PROWADZENIU GOSPODARSTWA DOMOWEGO  □ TRUDNOŚCI W PRZYSTOSOWANIU DO ŻYCIA PO OPUSZCZENIU SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO/ZOL/DPS  □ SYTUACJA KRYZYSOWA  □ POTRZEBA UZYSKANIA WSPARCIA W AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ |
| PREFEROWANA LOKALIZACJA MIESZKANIA WSPOMAGANEGO | | □ Lublin ul. Głuska 140  □ Lublin ul. Zdrowa 14  □ Wołkowiany 28 C, Żmudź |
| **OSOBA DO KONTAKTU/ OPIEKUN PRAWNY** | | |
| IMIĘ I NAZWISKO | |  |
| TELEFON | |  |

**Wyrażam / nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z ubieganiem się o przyjęcie mnie do mieszkania wspomaganego.**

* **Niepotrzebne skreślić**

**Podpis kandydata**

**………………………..**