

NR .....

Miejsce, data .....

**Informacja dodatkowa do „Wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej”**

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

1. Miejsce zamieszkania
  - 1) dom wolnostojący
  - 2) budynek wielorodzinny
  
2. Na którym piętrze znajduje się mieszkanie ?
  - 1) parter
  - 2) piętro, *które?* .....
  
3. Czy w budynku znajduje się winda?
  - 1) Nie
  - 2) tak
  
4. Osoby zamieszkujące z osobą niepełnosprawną
  - 1) ojciec
  - 2) matka
  - 3) rodzeństwo, *кто?* .....
  - 4) dzieci, *liczba* .....
  - 5) inni członkowie rodziny, *кто?* .....
  - 6) prowadzę gospodarstwo jednoosobowe
  
5. Czy kiedykolwiek skorzystał/-a Pan/Pani z usług asystenta osoby niepełnosprawnej lub usług opiekuńczych (np. z Ośrodka Pomocy Społecznej)?
  - 1) Nie
  - 2) Tak, *jak często?*
    - a) codziennie
    - b) kilka razy w tygodniu, *ile?* .....
  
6. Jakiego rodzaju schorzenie/uraz itp. jest powodem Pani/Pana niepełnosprawności?  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Czy porusza się Pani/Pan samodzielnie?

1) Nie, *za pomocą czego?*

a) kul

b) wózka

c) balkoniku

d) Inne, *jakie?* .....

2) Tak, poruszam się samodzielnie

8. Jak często wychodzi Pani/Pan z domu?

1) codziennie

2) kilka razy w tygodniu

3) 1-2 razy w tygodniu

4) rzadziej

9. Z którymi poniżej podanymi czynnościami ma Pani/Pan problemy w życiu codziennym?

1) przygotowanie posiłków

2) ubieranie

2) korzystanie z toalety

3) higiena osobista

4) sprząatanie

6) zakupy

7) Inne, *jakie?* .....

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie swoich danych osobowych w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach zgodnie z treścią Ustawy o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 roku (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271)

.....  
podpis