



Ankieta wstępnej kwalifikacji dla uczestnika projektu:

**„Wsparcie rodzin dotkniętych problemem niepełnosprawności dzieci w ośrodku „Orlik” w Kudowie-Zdroju III”**

dla zadania: Pobyt dzieci i osób niesamodzielnych w ramach całodobowej opieki wytchnieniowej.

**(wypełnia rodzic / opiekun prawny)**

**I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCÓW** (z opieki mogą korzystać jedynie osoby zamieszkałe na terenie Dolnego Śląska)

Nazwisko i imię osoby kierowanej na pobyt ..... numer PESEL .....

Adres zamieszkania: .....  
(ulica, nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejsowość) (powiat)

Czy osoba była beneficjentem projektu w roku 2021 lub 2022?\*:  TAK  NIE

Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego osoby kierowanej na pobyt .....

nr tel. .... adres e-mail: .....

Pobyt z opiekunem\*:  TAK  NIE (jeżeli zaznaczono TAK, proszę poniżej podać dane osoby i uzasadnić konieczność)

Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna ..... numer PESEL .....

Adres zamieszkania: .....  
(ulica, nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejsowość) (powiat)

nr tel. .... adres e-mail: .....

Czy osoba była beneficjentem projektu w roku 2021?\*:  TAK  NIE

Powód konieczności pobytu razem z dzieckiem .....

**II. WYWIAD** (rodzaj schorzenia / celowość pobytu, przebieg choroby, dotychczasowe leczenie):

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

**III. INFORMACJE DODATKOWE**

1. Zdolność do samoobsługi\*:  TAK  NIE

2. Ocena sprawności ruchowej\*:  samodzielnie poruszający się  poruszający się przy pomocy:

(określić rodzaj niezbędnej pomocy np. wózek inwalidzki)

3. Choroby współistniejące (jeżeli dotyczy):

4. Uzasadnienie skierowania na pobyt w ramach całodobowej opieki wytchnieniowej: .....

5. Osoba kierowana na pobyt posiada orzeczenie o niepełnosprawności\*:  TAK  NIE

W przypadku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności należy do ankiety dołączyć jego kopię.



6. Czy osoba kierowana na pobyt jest pod opieką specjalisty\*:  TAK  NIE

Jeśli TAK to jakiego: .....

Jak często odbywają się konsultacje .....

7. Czy osoba kierowana zażywa leki\*:  TAK  NIE

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” należy zapewnić osobie kierowanej odpowiedni zapas leków na cały pobyt.

**W przypadku pobytu bez opiekuna należy wypełnić kartę przekazania leków.**

8. Czy dziecko wymaga specjalistycznego sprzętu medycznego \*:  TAK  NIE

Jeżeli TAK, proszę wymienić (np. wózek inwalidzki, łóżko rehabilitacyjne): .....

9. Czy dziecko uczęszcza do szkoły\*:  TAK  NIE

Proszę podać rodzaj szkoły, klasa: .....

10. Jak dziecko adaptuje się do zmian? .....

11. Proponowana ilość dni pobytu: ..... Proponowany termin pobytu (miesiąc/miesiące): .....  
Minimalny czas pobytu - 4 dni, maksymalny - 21 dni na rodzinę. Czas i terminy pobytów będą ustalane na podstawie dostępności miejsc.

12. Rodzice/opiekunowie dostarczają dziecko na pobyt do Szpitala Rehabilitacyjnego Hematologicznego „Orlik” w Kudowie-Zdroju, ul. Bukowina 1, 57-350 Kudowa-Zdrój we własnym zakresie. W uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość zorganizowania transportu przez realizatora projektu.

Czy dziecko zostanie dostarczone własnym transportem\*  TAK  NIE

Jeśli NIE, to proszę uzasadnić konieczność zorganizowania transportu, oraz czy wymagany jest transport specjalistyczny w pozycji leżącej: .....

13. Inne istotne informacje/uwagi rodzica/opiekuna: .....

14. Oświadczam, że mieszkam na terenie województwa dolnośląskiego

data.....  
(podpis rodzica/opiekuna)

#### IV. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA POBYT W RAMACH CAŁODOBOWEJ OPIEKI WYTCHEINIOWEJ

(wypełnia lekarz prowadzący / psycholog / pedagog)

1. Pobyt w ramach całodobowej opieki wytchnieniowej\*:  WSKAZANE  PRZECIWWSKAZANE  BRAK WSKAZAŃ

2. Potwierdzam, że informacje podane przez rodzica w części II i III są poprawne\*:  TAK  NIE

3. Ewentualne uwagi: .....

data.....  
(podpis i pieczęć lekarza prowadzącego)

\* zaznaczyć „X” w odpowiednim polu

#### UWAGA, WAŻNE

Kopię wypełnionej ankiety należy przesłać na adres: [opieka-wytchnieniowa@sanatoria-dolnoslaskie.pl](mailto:opieka-wytchnieniowa@sanatoria-dolnoslaskie.pl),

a oryginał przywieźć ze sobą do ośrodka.

Informacje i kontakt: [www.sanatoria-dolnoslaskie/opieka-wytchnieniowa](http://www.sanatoria-dolnoslaskie/opieka-wytchnieniowa), tel. 74 86 632 62; tel. 459 59 00 20