

KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY DLA UCZESTNIKA USŁUGI WOLONTARIUSZA OzN	
DANE OSOBOWE	
Imię i Nazwisko	
Data urodzenia, wiek, PESEL	
Adres zameldowania	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
Osoba do kontaktu w nagłych sytuacjach tj. zagrożenia zdrowia, życia itp. (imię i nazwisko, adres zamieszkania, telefon)	
Czy jest Pan/Pani ubezwłasnowolniony/a?	<input type="checkbox"/> Tak, całkowicie <input type="checkbox"/> Tak, częściowo Dane opiekuna prawnego: <input type="checkbox"/> Nie
STAN ZDROWIA	
Stopień niepełnosprawności zgodnie z aktualnym orzeczeniem	<input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny
Rodzaj niepełnosprawności zgodnie z aktualnym orzeczeniem	<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku <input type="checkbox"/> 05-R upośledzenie narządu ruchu <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne

	<input type="checkbox"/> 11-I inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe np. autyzm (stopnie lekki, umiarkowany i znaczny)
Przebyte choroby/ dodatkowe schorzenia	
ZAJĘCIA DODATKOWE/ ORGANIZACJE/ PROJEKTY/ INNE FORMY OPIEKI - ważny punkt do wypełnienia!	
JAK WYGLĄDA ORGANIZACJA ZWYKŁEGO DNIA	
INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAPOTRZEBOWANIA NA USŁUGI WOLONTARIUSZA OZN	
Oczekiwany rodzaj oraz forma wsparcia Wolontariusza OzN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ pomoc w zrobieniu zakupów ✓ pomoc w wyjściu do świątyni (kościół, cerkiew itp.), na spotkanie religijne/wyznaniowe ✓ pomoc w wyjściu na spacer ✓ pomoc w dotarciu na spotkanie ze znajomymi ✓ wspólne wyjście do kina, teatru, kawiarni, na basen itp. ✓ wspólnie spędzony czas w domu, rozmowy, towarzystwo, czytanie itp. ✓ wykonanie drobnych prac domowych tj. porządku, poukładanie rzeczy, starcie kurzu, porządkowanie dokumentacji itp. ✓ dowóz/ odwóz na różne zajęcia, warsztaty itp. ✓ inne <p>Uwagi</p>

Oczekiwany czas oraz częstotliwość wsparcia Wolontariusza OzN	
Oczekiwania Korzystającego w stosunku do Wolontariusza OzN	
Inne uwagi i wskazówki dotyczące wsparcia ze strony innych osób i instytucji	
Skąd wiadomość o usłudze Wolontariusz OzN	<ul style="list-style-type: none">✓ z ulotek i plakatów reklamowych✓ z informacji na stronie internetowej✓ od znajomych, rodziny ...✓ z miejsca pracy, nauki, rehabilitacji społecznej i zawodowej✓ z Urzędu Miejskiego✓ z instytucji pomocowych (MOPR, Asystent ON, WTZ, ŚDS, NGO itp.)✓ z parafii✓ kontynuacja wsparcia z roku ubiegłego✓ inne

Kwestionariusz został opracowany przez pracowników Stowarzyszenia My dla Innych na potrzeby Centrum Asystentury i Wolontariatu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

.....
Podpis Uczestnika

Wywiad przeprowadził:

Dnia: