

Ciechanów, dnia .....

.....  
Pieczęćka jednostki prowadzącej warsztat

ZGŁOSZENIE KANDYDATA DO UCZESTNICTWA w WARSZTACIE TERAPII ZAJĘCIOWEJ przy Domu Pomocy Społecznej, ul. Krucza 32 w CIECHANOWIE, 06 - 400 CIECHANÓW
---

1. Dane dotyczące kandydata do uczestnictwa w Warsztacie Terapii Zajęciowej przy Domu Pomocy Społecznej w Ciechanowie , ul. Krucza 32

Imię i nazwisko kandydata:	.....
Wiek kandydata:	.....
Adres zameldowania:	.....
Adres zamieszkania ( jeśli różni się od adresu zameldowania):	..... .....
Status prawny kandydata:	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ pełna zdolność do czynności prawnych</li><li>▪ osoba częściowo ubezwłasnowolniona</li><li>▪ osoba całkowicie ubezwłasnowolniona</li></ul>
Dane opiekuna prawnego (kuratora):	Imię i nazwisko .....

- 2.Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności kandydata do uczestnictwa w Warsztacie Terapii Zajęciowej przy Domu Pomocy Społecznej ul. Krucza 32 w Ciechanowie .

Data wydania orzeczenia:	.....
Nr orzeczenia:	.....
Stopień niepełnosprawności:	.....
Orzeczenie wydane do dnia:	.....
Wskazania do uczestnictwa w terapii zajęciowej*:	TAK            NIE

- 3.Imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania uczestnika warsztatu, w miejscu z którego nastąpi przyjęcie w/w kandydata:

.....

4. Kandydat deklaruje uczestnictwo w Warsztacie Terapii Zajęciowej przy Domu Pomocy Społecznej, ul. Krucza 32 w Ciechanowie od dnia: .....

5. Termin posiedzenia Rady Programowej Warsztatu Terapii Zajęciowej przy Domu Pomocy Społecznej ul. Krucza 32 w Ciechanowie został wyznaczony na dzień: .....

*W przypadku zmiany ww. terminu jednostka prowadząca warsztat zobowiązuje się niezwłocznie pisemnie poinformować o nowym terminie posiedzenia Rady Programowej.*

6. Krótka informacja dotycząca sytuacji kandydata na uczestnika Warsztatu Terapii Zajęciowej (*stan rodzinny, warunki mieszkaniowe i bytowe, sytuacja zdrowotna, uczestnictwo w Warsztatach Terapii Zajęciowej lub w innych formach wsparcia, rokowania co do osiągnięcia możliwie największych efektów w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej*)

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

.....

*Podpis kandydata (opiekuna prawnego, kuratora)*

.....

*Jednostka prowadząca WTZ*

**Uzgodnienie dotyczące przyjęcia kandydata na uczestnika do Warsztatu Terapii Zajęciowej przy Domu Pomocy Społecznej, ul. Krucza 32 w Ciechanowie.**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ciechanowie wyraża/nie wyraża\* zgodę/zgody\* na przyjęcie Pana/Pani ..... na uczestnika Warsztatu Terapii Zajęciowej przy Domu Pomocy społecznej w Ciechanowie.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ciechanowie zastrzega sobie prawo do wzięcia udziału w posiedzeniu Rady Programowej, na którym nastąpi przyjęcie kandydata na uczestnika Warsztatu Terapii Zajęciowej przy Domu Pomocy Społecznej ul. Krucza 32 w Ciechanowie

.....

*Dyrektor PCPR w Ciechanowie*

\*właściwie zaznaczyć