

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO**

DANE OSOBOWE	
IMIĘ	
NAZWISKO	
PESEL	
DANE TELEADRESOWE	
ULICA	
NR DOMU/NR LOKALU	
KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	
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 WYSTĄPIENIA Z WNIOSEM O PRYZNANIE 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
OSOBA DO KONTAKTU/ OPIEKUN PRAWNY	
IMIĘ I NAZWISKO	
TELEFON	

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