



Załącznik nr 1 Wniosek o przyjęcie do „Kokoszki”

I	DANE OPIEKUNA PRAWNEGO/FAKTYCZNEGO/PEŁNOMOCNIKA OSOBY /DZIECKA OBJĘTEGO OPIEKĄ	
	imię i nazwisko	
	adres zamieszkania	
	telefon kontaktowy	
	adres e-mail	
II	PREFEROWANY CZAS ŚWIADCZENIA USŁUGI OPIEKI STACJONARNEJ	
	Planowana data	
III	DANE OSOBY /DZIECKA OBJĘTEGO OPIEKĄ	
	imię	
	nazwisko	
	data urodzenia wiek	
	adres	
	pesel	
IV	STAN ZDROWIA OSOBY /DZIECKA OBJĘTEGO OPIEKĄ	
	KOD jednostki chorobowej wg ICD-10, opis stanu zdrowia osoby /dziecka, uwagi:	
	Nazwa choroby i numer:	
	Jaka jest waga i wzrost?	
	Jak osoba /dziecko się porusza?	
	Przy jakich czynnościach osoba/dziecko wymaga pomocy?	
	W jakiej pozycji śpi?	
	Czy wybudza się w nocy?	
	Czy potrzebuje zabezpieczenia w łóżku podczas snu? Jeżeli tak to jakiego?	
	Jak osoba /dziecko jest żywione? (ma pega, je doustnie, ma specjalną dietę?)	
Czy występują stałe objawy np. kaszel po posiłku, drżenia po kąpieli?		
Jak osoba /dziecko się komunikuje?		
Jaki jest harmonogram dnia?		



	<p>Czy zdarzają się u osoby/dziecka napady padaczkowe? Jeśli tak to jak wyglądają?</p> <p>Czy zdarzają się u osoby /dziecka epizody agresji (autoagresji)?</p> <p>Jeśli tak, to czy osoba /dziecko jest w związku z tymi zachowaniami pod opieką psychiatry (bierze leki)?</p> <p>Czy leki doustne zażywa w całości czy w innej postaci?</p>
	ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
V	EDUKACJA
	<input type="checkbox"/> Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci (WWR) <input type="checkbox"/> Zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze dla dzieci i młodzieży (ZRW) <p>W jaki sposób osoba /dziecko realizuje obowiązek szkolny?</p>
VI	OŚWIADCZENIA OPIEKUNA PRAWNEGO/CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO
	<input type="checkbox"/> Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego podopiecznego/dziecka zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do świadczenia wsparcia w Domu Opieki Wytchnieniowej „Kokoszka” przez Fundację Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000))
	<p>.....</p> <p>Data i podpis opiekuna prawnego, rodzica, opiekuna faktycznego</p>
VII	OŚWIADCZENIA PODOPIECZNEGO PEŁNOLETNIEGO (w przypadku osoby nieubezważnionej)
	<input type="checkbox"/> Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Regulaminu Domu Opieki Wytchnieniowej „Kokoszka” prowadzonego przez Fundację Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci
	<input type="checkbox"/> Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do świadczenia wsparcia w Domu Opieki Wytchnieniowej „Kokoszka” przez Fundację Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000)).
	<p>.....</p> <p>Data i podpis osoby niepełnosprawnej</p>



KOLOROWY ŚWIAT KOKOSZKI

Podopiecznym KOKOSZKI organizujemy rozmaite **terapię zajęciową**, multisensoryczne, sensoplastyczne i arteterapeutyczne. Bardzo ważnym aspektem opieki jest organizacja **czasu wolnego** przez integrację, wspólne aktywności i rozrywkę. Świętujemy również urodziny, a także święta okolicznościowe.

Terapie zajęciowe w Domu Opieki Wytchnieniowej KOKOSZKA:

- Dogoterapia
- Muzykoterapia
- Sensoplastyka
- Bajkoterapia
- Aromaterapia
- Ćwiczenia rehabilitacyjne
- Spotkanie z psychologiem

Aktywności czasu wolnego w Domu Opieki Wytchnieniowej KOKOSZKA:

- Koncerty muzyki na żywo
- Kino domowe w Kokoszce
- Spacer do Lasu Sołtysowickiego
- Wspólne wyjścia: teatr, zoo, kino, galeria sztuki
- Zajęcia plastyczne
- Zabawy integracyjne: planszówki, puzzle, krzyżówki, tablica magnetyczna
- Wspólne gotowanie
- Opieka nad zwierzętami i wiosennym ogródkiem
- Msza Święta

I.	NADWRAŻLIWOŚĆ W ASPEKcie INTEGRACJI SENSORYCZNEJ	
	Dotyk:	
	Słuch:	
	Smak:	
	Węch:	
	Wzrok:	
	Orientacja przestrzenna:	

II.	ZAINTERESOWANIA	
	Jakie ma zainteresowania?	
	Co lubi robić?	



KOKOSZKA
Dom Opieki
Wytchnieniowej



FUNDACJA
Wrocławskie
Hospicjum
dla Dzieci

	Czego nie lubi robić?	
	Czy lubi słuchać muzyki? Jeśli tak, to jakiej?	
	Dodatkowe informacje:	