



Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o.

Program:

Filii 25+ Aktywny dzień

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Formularz zgłoszeniowy dla osób zainteresowanych udziałem w dziennym programie wsparcia dla dorosłych osób z niepełnosprawnościami.

Wypełnienie formularza nie jest równoznaczne z przyjęciem do programu – skontaktujemy się w celu dalszej kwalifikacji.

*FILII Centrum Rehabilitacyjno – Terapeutyczne Sp. z o.o.
ul. Legionów 26/28, kompleks „Nowe Miasto” budynek C
Bielsko – Biała 43-300
NIP 547-21-46-156
REGON 243233530
KRS 0000458242
Nr konta: 67 1950 0001 2006 0501 2239 0002*

*tel.: 537 083 572
e-mail: kontakt@filii.pl
www.filii.pl*



Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o.

I. DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko uczestnika:

.....

Data urodzenia:

.....

Miejscowość zamieszkania:

.....

II. DANE OPIEKUNA

Imię i nazwisko opiekuna:

.....

Telefon kontaktowy:

.....

Adres e-mail:

.....

FILII Centrum Rehabilitacyjno – Terapeutyczne Sp. z o.o.
ul. Legionów 26/28, kompleks „Nowe Miasto” budynek C
Bielsko – Biała 43-300
NIP 547-21-46-156
REGON 243233530
KRS 0000458242
Nr konta: 67 1950 0001 2006 0501 2239 0002

tel.: 537 083 572
e-mail: kontakt@filii.pl
www.filii.pl



Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o.

III. STATUS FORMALNY

1. Czy uczestnik posiada orzeczenie o niepełnosprawności?

Tak

Nie

2. Stopień niepełnosprawności:

Lekki

Umiarkowany

Znaczny

Nie dotyczy / nie wiem

3. Czy uczestnik zakończył edukację?

Tak

Nie

4. Ostatnia placówka edukacyjna:

.....

FILII Centrum Rehabilitacyjno – Terapeutyczne Sp. z o.o.
ul. Legionów 26/28, kompleks „Nowe Miasto” budynek C
Bielsko – Biała 43-300
NIP 547-21-46-156
REGON 243233530
KRS 0000458242
Nr konta: 67 1950 0001 2006 0501 2239 0002

tel.: 537 083 572
e-mail: kontakt@filii.pl
www.filii.pl



Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o.

5. Czy uczestnik pracuje?

Nie

Tak – w niewielkim zakresie

Tak – regularnie

IV. FUNKCJONOWANIE UCZESTNIKA

6. Opis funkcjonowania uczestnika:

.....

.....

.....

7. Czy uczestnik wymaga wsparcia w ciągu dnia?

Tak – wymaga stałego wsparcia

Tak – częściowo

Raczej nie

FILII Centrum Rehabilitacyjno – Terapeutyczne Sp. z o.o.
ul. Legionów 26/28, kompleks „Nowe Miasto” budynek C
Bielsko – Biała 43-300
NIP 547-21-46-156
REGON 243233530
KRS 0000458242
Nr konta: 67 1950 0001 2006 0501 2239 0002

tel.: 537 083 572
e-mail: kontakt@filii.pl
www.filii.pl



Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o.

8. Czy uczestnik potrafi funkcjonować w grupie?

Tak

Raczej tak

Raczej nie

Nie

9. Czy występują trudne zachowania?

Nie

Sporadycznie

Tak

Jeśli tak – prosimy opisać:

.....

.....

FILII Centrum Rehabilitacyjno – Terapeutyczne Sp. z o.o.
ul. Legionów 26/28, kompleks „Nowe Miasto” budynek C
Bielsko – Biała 43-300
NIP 547-21-46-156
REGON 243233530
KRS 0000458242
Nr konta: 67 1950 0001 2006 0501 2239 0002

tel.: 537 083 572
e-mail: kontakt@filii.pl
www.filii.pl



Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o.

V. POTRZEBY I AKTUALNE WSPARCIE

10. Jakiego wsparcia oczekują Państwo dla uczestnika?

.....

.....

11. Czy uczestnik korzysta obecnie z innych form wsparcia?

ŚDS

WTZ

Terapia prywatna

Brak

Inne:

FILII Centrum Rehabilitacyjno – Terapeutyczne Sp. z o.o.
ul. Legionów 26/28, kompleks „Nowe Miasto” budynek C
Bielsko – Biała 43-300
NIP 547-21-46-156
REGON 243233530
KRS 0000458242
Nr konta: 67 1950 0001 2006 0501 2239 0002

tel.: 537 083 572
e-mail: kontakt@filii.pl
www.filii.pl



Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o.

VI. INFORMACJE ORGANIZACYJNE

12. Czy uczestnik wymaga transportu?

Tak

Nie

Do ustalenia

13. Dodatkowe informacje:

.....

.....

14. Skąd dowiedzieli się Państwo o programie?

.....

FILII Centrum Rehabilitacyjno – Terapeutyczne Sp. z o.o.
ul. Legionów 26/28, kompleks „Nowe Miasto” budynek C
Bielsko – Biała 43-300
NIP 547-21-46-156
REGON 243233530
KRS 0000458242
Nr konta: 67 1950 0001 2006 0501 2239 0002

tel.: 537 083 572
e-mail: kontakt@filii.pl
www.filii.pl



Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o.

VII. ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji do programu „Rehabilitacja 25+”.

Administratorem danych jest Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne sp. z o.o.

Szczegółowe informacje dostępne są pod adresem: www.filii.pl

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny i mailowy w sprawie rekrutacji.

PODPIS

Data:

.....

Podpis opiekuna:

.....

FILII Centrum Rehabilitacyjno – Terapeutyczne Sp. z o.o.
ul. Legionów 26/28, kompleks „Nowe Miasto” budynek C
Bielsko – Biała 43-300
NIP 547-21-46-156
REGON 243233530
KRS 0000458242
Nr konta: 67 1950 0001 2006 0501 2239 0002

tel.: 537 083 572
e-mail: kontakt@filii.pl
www.filii.pl



Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o.

RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zgodnie z art. 4 pkt 11 RODO. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do programu Filii 25+ Aktywny dzień (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133 poz.883).

Na podstawie art. 24 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U 2016 pozycja 922) informujemy iż administratorem danych osobowych jest Filii Centrum Rehabilitacyjno-Terapeutyczne Sp. z o.o. ul. Legionów 26/28 43-300 Bielsko- Biała. Dane przetwarzane są w zbiorze danych pacjentów Filii Centrum Rehabilitacyjno- Terapeutycznego Sp. z o.o. przez osoby do tego uprawnione i jednocześnie upoważnione przez Administratora danych.

Celem przetwarzania danych osobowych jest przeprowadzenie procesu rekrutacji do programu Filii 25+ Aktywny dzień przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia.

Rodzic/opiekun prawny posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych w dokumentacji medycznej, o których mowa w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych.

Oświadczam iż zapoznałem się z powyższą informacją.

.....

data i podpis opiekuna prawnego

FILII Centrum Rehabilitacyjno – Terapeutyczne Sp. z o.o.
ul. Legionów 26/28, kompleks „Nowe Miasto” budynek C
Bielsko – Biała 43-300
NIP 547-21-46-156
REGON 243233530
KRS 0000458242
Nr konta: 67 1950 0001 2006 0501 2239 0002

tel.: 537 083 572
e-mail: kontakt@filii.pl
www.filii.pl