

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

.....  
(data wypełnienia)

Imię i nazwisko dziecka	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Wiek dziecka (data urodzenia)	
Numer kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego	
E-mail	
Nazwa placówki oraz miejsce zamieszkania	

**Prosimy wybrać z poniższej listy (*zaznaczyć X*) rodzaj wsparcia terapeutycznego, którego dziecko może potrzebować:**

Terapia integracji sensorycznej	<input type="checkbox"/>	Fizjoterapia	<input type="checkbox"/>
Diagnoza przetwarzania sensorycznego	<input type="checkbox"/>	Diagnoza i terapia ręki	<input type="checkbox"/>
Konsultacja integracji sensorycznej	<input type="checkbox"/>	Przetwarzanie słuchowe	<input type="checkbox"/>
Konsultacja/terapia psychologiczna	<input type="checkbox"/>	Diagnoza psychologiczna	<input type="checkbox"/>
Dietetyka	<input type="checkbox"/>	Logopeda	<input type="checkbox"/>

**Prosimy o krótką informację, co Państwa zaniepokoiło u dziecka? Jakie dziecko ma trudności?**

--

Czy dziecko posiada diagnozę/opinię/orzeczenia:	TAK/NIE	Z KIEDY?	CZY UCZĘSZCZAŁO NA TERAPIĘ? JAK DŁUGO?
Integracja sensoryczna			
logopeda			
neurolog			
okulista			
psycholog			
psychiatra			
opinia: pedagog/szkoła/przedszkole			
Inne? Jakie ?			

**Prosimy o dostarczenie kopii przed wizytą lub przesłanie mailem posiadanych przez dziecko orzeczeń /opinii.**

# Zaświadczenie o dochodach

Imię i nazwisko dziecka biorącego udział w projekcie

Zaświadczenie składane jest na potrzeby projektu "GŁADKAKŁADKA", realizowanego przez Fundację "Moja Przestrzeń" mającego na celu przyznanie wsparcia terapeutycznego dla dzieci znajdujących się w trudnej sytuacji.

Oświadczam, że:

- moja rodzina składa się z ..... osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

## ZAROBKI:

- zarobki poszczególnych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wynoszą kolejno: w przypadku nieregularnych dochodów, prosimy o podanie dochodów z 4 ostatnich miesięcy, po przecinku

**Matka** .....zł,  
**Ojciec** .....zł,  
**Macocho/Partnerka** .....zł,  
**Ojczym/Partner** .....zł,  
**Pełnoletnie Dzieci (pracujące)** .....zł,  
**Babcia** .....zł  
**Dziadek** .....zł  
**Opiekun Prawny** .....zł  
.....zł

## Pozostałe świadczenia (jeśli takie występują), które mają wpływ na sytuację materialną rodziny np.:

a) zasiłek rodzinny i dodatki stałe .....zł  
b) świadczenia pielęgnacyjne .....zł  
c) zasiłek pielęgnacyjny .....zł  
d) stałe zasiłki z pomocy społecznej .....zł  
e) zasiłek okresowy z pomocy społecznej .....zł  
f) emerytury, renty inwalidzkie i rodzinne .....zł  
g) alimenty .....zł  
h) zasiłek dla bezrobotnych .....zł  
i) dochody z prowadzenia działalności gospodarczej .....zł  
j) dodatki mieszkaniowe .....zł  
k) inne dochody .....zł  
l) 800+.....zł

## Średni dochód

- średni miesięczny dochód netto, na jedną osobę w mojej rodzinie (dochód+świadczenia/liczba osób w gospodarstwie domowym) wynosi .....zł,

## Oświadczenie

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
podpis rodzica lub prawnego opiekuna

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 108, poz. 926 ze zm.).

.....  
podpis rodzica lub prawnego opiekuna

