



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Data przystąpienia:

Imię i nazwisko opiekuna:

PESEL opiekuna:

Adres do korespondencji opiekuna (ulica i numer domu, kod pocztowy, miejscowość):

E-mail opiekuna:

Czy opiekun pracuje zawodowo?: TAK/NIE* renta/emerytura/zasiłek dla bezrobotnych*

Telefon domowy/komórkowy opiekuna:

Pokrewieństwo opiekuna z chorym: Czy opiekun mieszka z chorym?: TAK/NIE*

Imię i nazwisko chorego:

PESEL chorego:

Adres zamieszkania chorego (ulica i numer domu, kod pocztowy, miejscowość):

Rok postawienia diagnozy:, przez (np. neurolog):

Stopień niepełnosprawności chorego: I/II/III*

Lekarz opiekujący się chorym (imię i nazwisko, specjalizacja):

Czy chory korzysta z domu pobytu dziennego?: NIE/TAK*

od kiedy?:

gdzie?:

Czy opiekun korzysta z pomocy opiekunek?: NIE/TAK*, od kiedy?

Ważne informacje:

Stan chorego:

Zażywane leki:

Jakiej pomocy oczekuje Pani/Pan?:

*niepotrzebne skreślić.

Informujemy, że dane osobowe udostępniane z wypełnieniem karty są przetwarzane przez nasze Stowarzyszenie wyłącznie w celu prowadzenia naszej działalności statutowej. Dane te są objęte ochroną i nie będą udostępniane bez Państwa zgody osobom trzecim. Osoby, które udostępniły nam swoje dane osobowe, mają prawo wglądu do nich oraz ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych:

.....
.....
(czytelny podpis)