Приложение №1 к положению об Учебно-

**** реабилитационном курсе для инвалидов «Основы

независимой жизни человека на инвалидной коляске»

****

**АНКЕТА КАНДИДАТА**

**УЧЕБНО – РЕАБИЛИТАЦИОННОГО КУРСА**

**«ОСНОВЫ НЕЗАВИСИМОЙ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА НА ИНВАЛИДНОЙ КОЛЯСКЕ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество |  | | |
| Дата рождения  *(ДД/ММ/ГГГГ)* |  | | |
| Паспортные данные | Серия номер *(Заполняется без пробелов)* | |  |
| Дата выдачи*(ДД/ММ/ГГГГ)* | |  |
| Кем выдан | |  |
| Адрес регистрации | Индекс | |  |
| Область / Регион / Республика | |  |
| Район | |  |
| Населенный пункт | |  |
| Улица | |  |
| Дом | |  |
| Корпус/Строение | |  |
| Квартира | |  |
| Адрес проживания | Индекс | |  |
| Область / Регион / Республика | |  |
| Район | |  |
| Населенный пункт | |  |
| Улица | |  |
| Дом | |  |
| Корпус/Строение | |  |
| Квартира | |  |
| Данные справки МСЭ (ВТЭК): | Серия |  | |
| Номер |  | |
| Кем выдан |  | |
| Когда выдан |  | |
| Группа инвалидности |  | |
| Характер заболевания или травмы |  | | |
| Какая в пользовании коляска активного типа (по возможности указать производителя и модель) |  | | |
| Телефон | Мобильный | |  |
| Домашний/Рабочий | |  |
| E-mail |  | | |
| ИНН |  | | |
| СНИЛС |  | | |
| Членский билет ВОИ № |  | | |
| Наличие и ссылка на странички в социальных сетях (если имеется) | Vk.com  Ok.ru  Facebook.com  Instagram.com | | |

XXS Размер футболки:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Отметьте в ячейке*  *Ваш размер* | S\46 | M\48 | L\50 | XL\52 | XXL\54 |
|  |  |  |  |  |

**S XL XXL 3XL 4XL 5XL**

|  |
| --- |
| Я, нижеподписавшийся, подтверждаю, что заполняю данную анкету добровольно, отвечаю за достоверность и полноту сообщаемых мною сведений.  На время прохождения учебно-реабилитационного курса «Основы независимой жизни человека на инвалидной коляске» Я даю согласие на обработку моих персональных данных, указанных в настоящей заявке, (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе, передачу уполномоченному органу государственной власти, обезличивание, блокирование, уничтожение с использованием и/или без использования средств автоматизации. |

**Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(ДД/ММ/ГГГГ)*

**ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(расшифровка подписи: ФИО полностью)*

**Примечание:**

С анкетой по электронной почте в сканированном виде направляются копии следующих документов:

* Паспорт РФ (первая страница с фотографией и страница с пропиской);
* Справка МСЭ;
* Анкета уровня самостоятельности;
* Рассказ о себе в свободной форме и фотографию (желательно);
* Индивидуальная программа реабилитации ИПР (желательно).

**Заполненную анкету и копии документов направить в установленный срок на электронный адрес:** [**rssi@voi.ru**](mailto:rssi@voi.ru)

Приложение №2 к положению об Учебно-

реабилитационном курсе для инвалидов «Основы

независимой жизни человека на инвалидной коляске»

**Анкета уровня самостоятельности**

**ФИО полностью**

1. **Есть ли у Вас сопутствующие заболевания, и какие (гипертония, гипония, язвы, сердечно-сосудистые заболевания, аллергии, бронхиальная астма, приступы эпилепсии и др.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Принимаете Вы в данное время какое-либо лечение / лекарства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Есть ли у Вас пролежни или другие раны (места локализации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **Требуются ли Вам перевязки (места локализации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
5. **Какими средствами гигиены Вы пользуетесь (мочеприемник, памперс, катетер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
6. **Требуется ли Вам помощь при использовании гигиены (да/нет, какая именно) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**При мочевыделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**При дефекации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Какая помощь нужна и как часто (клизмы, свечи, таблетки, катетеризация)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Есть ли противопоказания к физическим нагрузкам и какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Нуждаетесь ли Вы в помощи в следующих случаях:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ДА** | **НЕТ** | **ЧАСТИЧНО** |
| Пересаживание с коляски в кровать |  |  |  |
| Пересаживание с кровати в коляску |  |  |  |
| При одевании и раздевании |  |  |  |
| Верхней части тела |  |  |  |
| Нижней части тела |  |  |  |
| При приеме еды |  |  |  |
| При чистке зубов |  |  |  |
| Во время приема душа |  |  |  |
| Переворачивание ночью |  |  |  |

1. **Необходима помощь в чем именно?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заполненную анкету направить в установленный срок на электронный адрес:** [**rssi@voi.ru**](mailto:rssi@voi.ru)

**Заполнение всех пунктов обязательно!**

**По итогам анкетирования пройдет отбор участников Курса.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Приложение №3 к положению об Учебно-

реабилитационном курсе для инвалидов «Основы

независимой жизни человека на инвалидной коляске»

Сведения об отъезде участника Мероприятия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Субъект РФ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ф.И.О Участника | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Номер мобильного телефона | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Отъезд из Крыма | | Аэропорт, г. Симферополь автовокзал г.Евпатория  (г. Симферополь) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | | дата | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | | время | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | | № рейса, маршрута | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Руководитель региональной организации ВОИ (РССИ) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  /Подпись/ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  /ФИО/ | |

**СВЕДЕНИЯ направлять на E-MAIL:** [**rssi@voi.ru**](mailto:rssi@voi.ru) **СТРОГО В УСТАНОВЛЕННЫЙ СРОК!**

**В СЛУЧАЕ НЕПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СВЕДЕНИЙ ОБ ОТЪЕЗДЕ УЧАСТНИК БУДЕТ ДОСТАВЛЕН В АЭРОПОРТ Г.СИМФЕРОПОЛЬ ПО ОКОНЧАНИЮ КУРСА, ПО ВОЗМОЖНОСТИ!**