Zał. Nr 1

KWESTIONARIUSZ do **Procedury postepowania podczas podejmowania czynności wspomagających osoby starsze i samotne w Gminie Lesznowola w związku z rozprzestrzenianiem się koronawirusa SARS-Co V-2, wywołującego chorobę COVID-19.**

|  |  |
| --- | --- |
| PODMIOT |  |
| DATA ZGŁOSZENIA |  |
| OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE |  |
|  |  |
| *Przed wypełnieniem danych osobowych czytamy o jakie dane będziemy pytać.* |  |
| CZY W ZWIĄZKU ZE ZGŁOSZENIEM WYRAŻA PANI/PAN ZGODE NA PRZEKAZANIE INFORMACJI TAKICH JAK: | Należy wpisać:  WYRAŻA ZGODĘ  Lub  NIE WYRAŻA ZGODY |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| ADRES |  |
| TELEFON |  |
| STAN ZDROWIA MAJĄCY WPŁYW NA REALIZACJĘ POMOCY (np. czy osoba starsza chodzi, czy porusza się samodzielnie poza domem np. dojście do furtki)  Czy ma objawy takie jak wysoka temperatura, kaszel, duszności, inne |  |
| ZAKRES OCZEKIWANEJ POMOCY |  |
| Data zgłoszenia do koordynatora |  |
| DATA REALIZACJI ZADANIA |  |
| Uwagi |  |