DEKLARACJA OSOBY Z OGRANICZONĄ SAMODZIELNOŚCIĄ O PRZYSTĄPIENIU DO PROJEKTU

Ja, niżej podpisana/y deklaruje chęć przystąpienia do projektu Klub Świadomego_ej Opiekuna_ki – tworzenie indywidualnych sieci wsparcia opiekuna osoby z chorobą otępienną, w tym z chorobą Alzheimera.

Rodzaj proponowanego wsparcia:

Fachowa terapia uaktywniająca pamięć, podtrzymująca funkcje poznawcze i wykorzystująca posiadane kompetencje życiowe oraz poprawiająca kondycję fizyczną osób chorych 1 dzień w tyg. po 4 godz.

Zaspokojenie indywidualnych potrzeb osoby z ograniczoną samodzielnością:

- Dostęp do pomieszczeń spełniających potrzeby osób z ograniczoną samodzielnością podnoszących jakości życia oraz sprawność psychiczną i fizyczną.
- Objęcie osób z ograniczoną samodzielnością różnymi formami terapii zajęciowej t.j.: muzykoterapia, choreoterapia, arteterapia – terapia sztuką, silwoterapia (kontakt z przyrodą, naturą i świeżym powietrzem), ergoterapia (środek leczniczy, który dzięki różnorodności metod i materiałów terapeutycznych pozwala choremu nauczyć się jak największej samodzielności, niezależności i aktywności np. nauka czynności życia codziennego, aktywizowanie ich do pomocy np. porządkowania materiałów do terapii zajęciowej), zajęcia grupowe (ćwiczenia usprawniające pamięć i inne procesy poznawcze, gry i zabawy, które uczą i pozwalają na oderwanie się od codziennych trosk),
- Objęcie osoby z ograniczoną samodzielnością innowacyjnymi formami terapii zajęciowej, w tym zajęciami terapeutycznymi, z wykorzystaniem nieinfantylizujących materiałów pomocniczych np. puzzle dla osób z ograniczoną samodzielnością.
  Zabezpieczenie uczestnikom terapii cateringu.

Oświadczam, że:

- jestem w wieku powyżej 60 lat,
- zapoznałem się z założeniami projektu i zobowiązuje się do przestrzegania zasad współpracy oraz do aktywnego uczestnictwa w działaniach projektowych.

…… ……

miejscowość, data własnoręczny podpis

Dane osobowe

Imię i Nazwisko
Data urodzenia:
Miejsce zamieszkania:
Numer telefonu:
Adres e-mail

W związku z przystąpieniem do projektu grantowego „Innowacje w samorządzie” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sztumie, ul. Mickiewicza 39 82-400 Sztum.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679. W związku z przetwarzaniem danych niezbędnych dla realizacji projektu grantowego pn. „Innowacje w samorządzie” FERS.05.01-IZ.00.0001/25 w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus Działanie 5.1 Innowacje społeczne moje dane osobowe mogą być udostępniane Stowarzyszeniu na rzecz wspierania aktywności seniorów „LABUNTUR ANNI” na podstawie odpowiednich przepisów prawa oraz przetwarzane w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia danych osobowych.

…… ……

miejscowość, data własnoręczny podpis