

Ε.Π.Α.Ν.Α.

ΤΑΧ.ΘΥΡΙΔΑ 23292, 1680 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Τηλ.: 22-871333, Φαξ: 22-429544

E-mail: cp-mental@cytanet.com.cy

www.cpmmental.com.cy

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

(Άκρως Εμπιστευτικό)

Για επίσημη χρήση

A/A

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Προσωπικά Στοιχεία Ατόμου

Δημογραφικά

Όνοματεπώνυμο: Φύλο:

Ημερ. Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Άδεια Οδήγησης Ναι
 Όχι
 Δεν Γνωρίζω

Υπηκοότητα (Χώρα καταγωγής αν δεν είναι Κυπριακή).....

Οικογενειακή κατάσταση Γονέων

Όνοματεπώνυμο Πατέρα: Επάγγελμα Πατέρα:.....
(διευκρινίστε αν είναι συνταξιούχος/
απεβίωσε/ άνεργος/ άλλο)

Όνοματεπώνυμο Μητέρας: Επάγγελμα Μητέρας:.....
(διευκρινίστε αν είναι συνταξιούχος/
απεβίωσε/ άνεργος/ οικοκυρά/άλλο)

Όνοματεπώνυμο Κηδεμόνα: Αρ. Μελών Νοικοκυριού:
(αν διαφέρει από τους γονείς) (εξαιρούνται οι οικιακοί βοηθοί)

Διεύθυνση Γονέων ή Κηδεμόνα:

..... Αρ.Τηλεφώνου:

Email:

Διευκρινίστε αν υπάρχουν άλλα άτομα με νοητική αναπηρία στην ευρύτερη οικογένεια.

.....

Παντρεμένοι Συμβίοι Σε διάσταση Διαζευγμένοι Μονογονέας

Διάταγμα Διαχείρισης ή Κηδεμονία:
Ναι Όχι Δεν Γνωρίζω

Νομοθεσία:

Όνοματεπώνυμο:..... Αρ. Ταυτότητας: Τηλ.:
(διαχειριστής /κηδεμόνας)

Αναφέρετε αν το άτομο ζει:
 με οικογένεια
 σε ίδρυμα
 σε σπίτι στην κοινότητα

Για Ενήλικα Άτομα -Οικογενειακή Κατάσταση

Αναφέρετε αν το άτομο είναι:

Παντρεμένο Συμβίο Σε διάσταση Διαζευγμένο Μονογονέας

Αναφέρετε αν ο/η σύζυγος – σύντροφος – πρώην είναι άτομο με Ν.Α. Ναι Όχι

(αν ναι συμπληρώστε τα στοιχεία)

Όνοματεπώνυμο: Ταυτότητα:

Ζουν με: με την ευρύτερη οικ/νεια μόνοι με επίβλεψη- γονείς
 μόνοι χωρίς επίβλεψη μόνοι με φροντιστές
 μόνοι με επίβλεψη- ΥΚΕ άλλο

Αναφέρετε αν είναι γονέας : Ναι όχι
(αν ναι συμπληρώστε τα στοιχεία)

Πόσα παιδιά έχει :

Αφορά τα παιδιά των ατόμων

| Α/Α | Όνοματεπώνυμο | Ημ. γέννησης | Υπάρχει αναπηρία | | Πού διαμένει; |
|-----|---------------|--------------|------------------|-----|---------------|
| | | | Ναι | Όχι | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |

Εργασία

Αναφέρετε αν το άτομο εργάζεται

Ναι Όχι Δεν Γνωρίζω

Αν ναι αναφέρετε το είδος εργασίας

το όνομα της επιχείρησης.....

τις ώρες απασχόλησης εβδομαδιαία.....

Εργοδότηση με Στήριξη: Ναι όχι

Αναφέρετε το όνομα του σχολείου.

Φοίτησε παλαιότερα σε:

Σχολείο Ειδικής Εκπαίδευσης
Σχολείο Δημοτικής Εκπαίδευσης

Σχολείο Μέσης Εκπαίδευσης
Σχολείο Τεχνικής Εκπαίδευσης

Αν ναι αναφέρετε το/τα όνομα/τα του/των σχολείου/ων.

Μορφωτικό Επίπεδο:

Ανάγκες

Αναφέρετε αν το άτομο παρουσιάζει κάποιες ανάγκες:

Ναι Όχι Δεν Γνωρίζω

Για τις πιο κάτω ανάγκες σημειώστε τι ισχύει σε κάθε μια ξεχωριστά

| ΑΝΑΓΚΗ | Λαμβάνει υπηρεσίες και είναι ικανοποιητικές | | Δεν λαμβάνει υπηρεσίες και χρειάζεται | |
|---|---|-----|---------------------------------------|-----|
| | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Εκπαιδευτική Αγωγή (γραφή, ανάγνωση) | | | | |
| Οικονομική βοήθεια | | | | |
| Κέντρο Ημέρας | | | | |
| Συνεχή Φροντίδα από άλλο στο σπίτι | | | | |
| Μερική φροντίδα/στήριξη στο σπίτι | | | | |
| Επαγγελματική αποκατάσταση | | | | |
| Ιατρική περίθαλψη | | | | |
| Στήριξη για άσκηση Δικαιοπρακτικής Ικανότητας | | | | |

Αναφέρετε οποιαδήποτε άλλη ανάγκη που δεν αναφέρεται πιο πάνω.

Περιουσία

Αναφέρετε αν το άτομο έχει κινητή ή ακίνητη περιουσία:

Ναι Όχι Δεν Γνωρίζω

Αν ναι εξηγήστε:

Εξάρτηση

| | Ναι | Όχι | Μερικώς | Δεν ισχύει |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Γνωστικός Τομέας | | | | |
| • εκτελεί οδηγίες; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • απασχολείται μόνο του το άτομο; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • γράφει / διαβάζει; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Κινητικός Τομέας | | | | |
| • κινείται ανεξάρτητα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • χρησιμοποιεί σωστά τα χέρια του; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Ομιλία / Γλώσσα / Επικοινωνία | | | | |
| • δείχνει να κατανοεί την ομιλία; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • επικοινωνεί λεκτικά; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • εκφράζεται με μη λεκτικούς τρόπους; (πχ. νοήματα, εικόνες, οδηγεί άτομα από το χέρι;) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Αυτοεξυπηρέτηση | | | | |
| • μπορεί να ντύνεται μόνο του το άτομο; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • μπορεί να τρώει μόνο του; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • μπορεί να πηγαίνει στην τουαλέτα μόνος του; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • μένει στεγνό το βράδυ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • κυκλοφορεί μόνο του στους δρόμους; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Κοινωνικοποίηση | | | | |
| • αποζητά την παρουσία άλλων ατόμων; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • δείχνει να απομονώνεται τις περισσότερες φορές; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ακολουθεί κανόνες σε παιχνίδια με άλλα παιδιά; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Γενικές Παρατηρήσεις

Άλλες πληροφορίες:

.....

Οικογενειακός Ιατρός: Τηλ.:

Κοινωνικός Λειτουργός / Λειτουργός Κοινωνικών Υπηρεσιών

..... Τηλ.:

* Η παραπομπή έγινε από

"Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν και τυγχάνουν επεξεργασίας από την Επιτροπή Προστασίας Ατόμων με Νοητική Αναπηρία, προστατεύονται από τη νομοθεσία για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών [Κανονισμός (ΕΕ)2016/679] και Νόμος 125(Ι)/2018, ως εκάστοτε τροποποιούνται ή και αντικαθίστανται"

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ιδιότητα πληροφοριοδότη:

Όνοματεπώνυμο πληροφοριοδότη:

Διεύθυνση πληροφοριοδότη:

..... Αρ. Τηλεφώνου:

Δεν φέρω ένσταση για την καταγραφή των πιο πάνω στοιχείων στο Μητρώο Ατόμων με Νοητική Αναπηρία που τηρεί η Επιτροπή, σύμφωνα με το Νόμο 117/89 και 11(Ι) 2018 άρθρο 7(1)^ι.

Επίσης αποδέχομαι / δεν αποδέχομαι να ενημερώνομαι και να λαμβάνω πληροφορίες γραπτώς ή ηλεκτρονικά από την Επιτροπή Προστασίας Ατόμων με Νοητική Αναπηρία ή/και τη Συντονιστική Υπηρεσία Έγκαιρης Παιδικής Παρέμβασης, βάσει του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου (GDPR) σε ισχύ από 25 Μαΐου 2018, για προστασία και επεξεργασία προσωπικών δεδομένων.

Υπογραφή

.....

Ημερομηνία:

*** Παρακαλώ το παρόν έντυπο να συνοδεύεται από πιστοποιητικό ιατρού ή εκπαιδευτικού/κλινικού Ψυχολόγου και πιστοποιητικό γέννησης ή δελτίο ταυτότητας.**

NO200312.CO1 - Καταγραφή Ατόμου
ΜΠ/ΜΡ

^ι ΝΟΜΟΣ ΠΟΥ ΠΡΟΝΟΕΙ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ, ΤΙΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΚΑΙ ΤΑΜΕΙΟΥ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ. Ν.117/89 ΚΑΙ 11(Ι)2018