

Ε.Π.Α.Ν.Α.

ΤΑΧ.ΘΥΡΙΔΑ 23292, 1680 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Τηλ.: 22-871333, Φαξ: 22-429544

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

www.cpmental.com.cy

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

(Ακρως Εμπιστευτικό)

Για επίσημη χρήση

A/A

--	--	--	--	--

Προσωπικά Στοιχεία Ατόμου

Δημογραφικά

Ονοματεπώνυμο: Φύλο:

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

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

Οικογενειακή κατάσταση Γονέων

Ονοματεπώνυμο

Πατέρα:

Επάγγελμα

Πατέρα:.....

(διευκρινίστε αν είναι συνταξιούχος/ απεβίωσε/
άνεργος/ άλλο)

Ονοματεπώνυμο

Μητέρα:

Επάγγελμα

Μητέρα:.....

(διευκρινίστε αν είναι συνταξιούχος/
απεβίωσε/ άνεργος/ οικοκυρά/άλλο)

Παντρεμένοι ☐ Συμβίοι ☐ Σε διάσταση ☐ Διαζευγμένοι ☐ Μονογονέας ☐

Ονοματεπώνυμο 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.

Διάταγμα Διαχείρισης ή Κηδεμονία:

Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν Γνωρίζω ☐ Ημερ. έκδοσης διατάγματος:.....

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

Διεύθυνση:.....

Αναφέρετε αν το άτομο ζει: σε δικό του σπίτι μόνος/η
σε σπίτι στην κοινότητα
σε οικογενειακό σπίτι με οικογένεια
σε ίδρυμα
μόνος με στήριξη
σε στέγη ηλικιωμένων
άλλο

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)

Ονοματεπώνυμο: 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	Ονοματεπώνυμο	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

Όνομα της επιχείρησης.....

Ώρες απασχόλησης εβδομαδιαία.....

Εργοδότηση με Στήριξη: Ναι ☐ όχι ☐

Για όλα τα άτομα (ανεξάρτητα της ηλικίας τους)

Υπηρεσίες

Λαμβάνει Υπηρεσίες : Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν γνωρίζω ☐

Αναφέρετε το όνομα/ονόματα των Ιδρυμάτων/Συνδέσμων/ Κέντρων Ημέρας /Γηροκομείων και άλλων οργανισμών και προγραμμάτων όπως κατ' οίκον φροντίδα που σήμερα λαμβάνει υπηρεσίες. (διευκρινίστε αν είναι πλήρης ή μερικές υπηρεσίες):

.....
Παίρνει κρατικό βοήθημα:

Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν Γνωρίζω ☐

Αν ναι διευκρινίστε:.....

Κατάσταση Υγείας *

α) Αν υπάρχει διάγνωση από ειδικό, αναφέρετε αν η νοητική αναπηρία είναι ελαφριάς, μέτριας ή σοβαρής μορφής. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει διάγνωση ή αναμένεται αξιολόγηση από ειδικό σημειώστε "αδιάγνωστη."

.....
β) Αναφέρετε αν το άτομο παρουσιάζει κάποιο συγκεκριμένο σύνδρομο (π.χ.σύνδρομο Down, Αυτισμός κά)

Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν Γνωρίζω ☐

Αν ναι διευκρινίστε:.....

γ) Αναφέρετε αν το άτομο πάσχει και από κάποια σωματική αναπηρία

Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν Γνωρίζω ☐

Αν ναι διευκρινίστε:.....

Εκπαίδευση

Αναφέρετε αν το άτομο σήμερα φοιτά σε σχολείο:

Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν Γνωρίζω ☐

Αναφέρετε αν το άτομο σήμερα φοιτά σε μονάδα:

Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν Γνωρίζω ☐

Αν ναι να διευκρινίσετε αν φοιτά σε

α) ιδιωτικό	☐	
δημόσιο	☐	
β) Νηπιαγωγείο	☐	Μέση ☐
Προδημοτική	☐	Τεχνική ☐
Δημοτική	☐	Ανώτερη εκπαίδευση ☐
Ειδικό σχολείο	☐	

Αναφέρετε το όνομα του σχολείου.

Φοίτησε παλαιότερα σε:

Σχολείο Ειδικής Εκπαίδευσης ☐
 Σχολείο Δημοτικής Εκπαίδευσης ☐
 Ανώτερη/Ανώτατη Εκπαίδευση ☐

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		Είναι ικανοποιητικές	
	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:

Εκτίμηση αναπτυξιακών διαταραχών

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

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:
Ονοματεπώνυμο 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 ιατρικό πιστοποιητικό ή αξιολόγηση Εκπαιδευτικού/Κλινικού Ψυχολόγου και πιστοποιητικό γέννησης ή δελτίο ταυτότητας;**

231005 – Νέο έντυπο καταγραφής ατόμου
ΜΠ/ΡΚ

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 & 11(Ι)2018