**DOTAZNÍK PRO ZÁJEMCE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU V SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÉ DÍLNĚ SLAPY**



**JMÉNO A PŘÍJMENÍ**: ………………………………………………………………………..



**DATUM NAROZENÍ**: ………………………………………………………………………………



**ADRESA**:

TRVALÉ BYDLIŠTĚ: ………………………………………………………………………………………………………………

PŘECHODNÉ BYDLIŠTĚ:

………………………………………………………………………………………………………………



**TEL. KONTAKT**: ………………………………………………………………………………



**MÁM OPATROVNÍKA?** **ANO NE**

**KONTAKTNÍ OSOBA** (JMÉNO, ADRESA, TELEFON,E-MAIL):

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………



**PROČ CHCI DO SLUŽBY CHODIT? CO SE CHCI V DÍLNĚ NAUČIT?**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**V JAKÉ DNY CHCI DO DÍLNY DOCHÁZET**

…………………………………………………………………………………………………………………………

**KDY BYSTE RÁD/A NASTUPIL/A?**

* IHNED
* DO 3 MĚSÍCŮ
* JINÝ TERMÍN ………………………………………………….

**MÁ OSOBNÍ CHARAKTERISTIKA, MÉ VLASTNOSTI „JAKÝ/Á JSEM“**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**MÁM TYTO ZÁJMY A ZÁLIBY:**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**JAK TO MÁM SE SEBEOBSLUHOU. V ČEM POTŘEBUJI ASISTENCI?**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**JAKÝ TYP VZDĚLÁNÍ MÁM? (ŠKOLNÍ DOCHÁZKA, PRACOVNÍ ZAŠKOLENÍ ATD.)**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**ROZSAH ZÁKLADNÍCH ŠKOLNÍCH VĚDOMOSTÍ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **VŮBEC NEZVLÁDÁM** | **OBTÍŽNĚ ZVLÁDÁM** | **DOBŘE ZVLÁDÁM**  |
| **ČTENÍ**  |   |   |   |
| **PSANÍ**  |   |   |   |
|  **POČÍTÁNÍ** |   |   |   |



**MÉ PRACOVNÍ ZKUŠENOSTI (CHRÁNĚNÁ PRÁCE, DÍLNY, ZAMĚSTNÁNÍ).**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**KTERÉ PRACOVNÍ ČINNOSTI DĚLÁM NEJRADĚJI.**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**KTERÉ PRACOVNÍ ČINOSTI MI DOBŘE JDOU.**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**KTERÉ PRACOVNÍ ČINNOSTI DĚLÁM NERAD/A.**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**PŘEJI SI, ABYSTE O MNĚ VĚDĚLI JEŠTĚ TYTO ÚDAJE, KTERÉ JSOU PRO MĚ DŮLEŽITÉ.**

**BERU LÉKY: ANO NE**

**POKUD ANO, CO U MĚ OVLIVŇUJÍ:**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**MÁM STRACH:**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**NEMÁM RÁD/A:**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**DEJTE POZOR NA:**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**MÁM ZDRAVOTNÍ PRŮKAZ? ANO NE**



**SVÝM PODPISEM STRVZUJI, ŽE VŠECHNY VÝŠE UVEDENÉ ÚDAJE JSOU PRAVDIVÉ A ÚPLNÉ.**

V ………………………….. DNE …………… PODPIS: …………………………….

ÚDAJE UVEDENÉ V TOMTO DOTAZNÍKU POVAŽUJE ORGANIZACE PORUS PRAHA Z.Ú. ZA DŮVĚRNÉ.

**DOTAZNÍK MŮŽETE DORUČIT:**

  **OSOBNĚ** (PORTUS PRAHA Z.Ú., URUGUAYSKÁ 178/5, 120 00, PRAHA 2, VINOHRADY- KANCELÁŘ);

  **PŘÍMO NA ADRESU SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÉ DÍLNY PORTUS PRAHA, Z Ú., SLAPY 74, 252 08 SLAPY**

  **E-MAILEM** (dilna@portus.cz)

  **ČESKOU POŠTOU** NA JEDNU Z VÝŠE ZMÍNĚNÝCH ADRES.