**Załącznik nr 3 do regulaminu rekrutacji**

**Zaświadczenie psychologa kandydata/tki ubiegającego/cej się o wsparcie w formie usług opiekuńczych w mieszkaniu treningowym**

1. Imię i nazwisko kandydata/tki ubiegającego/cej się do udziału w projekcie pn. „Mieszkania treningowe szansą na samodzielność” ……………………………………………………………………………………………………..
2. Charakterystyka kandydata/tki do udziału w projekcie pod względem:
3. intelektualnym-……….………………………………………………………………………………………………………

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

1. emocjonalnym - ……………………………………………………………………………………………………………….

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

1. społecznym - ……………………………………………………………………………………………………………………

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

1. Zachowania/reakcje osoby w sytuacjach trudnych ……………………………………………………………… …………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………..…………………
2. Czy osoba korzysta ze stałej opieki psychologicznej, jeśli tak to od kiedy? ………………………..…..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji ……………………………………………………………………………………

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

1. Czy osoba ubiegająca się o udział w projekcie pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu? ………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- czy była z tego powodu hospitalizowana, jeśli tak to jak długo? …………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

- czy przyjmuje leki, jakie? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa (zachowania nietypowe, zagrażające życiu samej osoby, zakłócające funkcjonowanie innych)…………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..

……………………………………….. …………………………………

*(miejscowość, data) podpis psychologa*