

Formularz oceny niezdolności do pracy/niepełnosprawności w sprawie kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej

Rehabilitacja kompleksowa adresowana jest do osób niezdolnych do pracy w dotychczasowym/wyuczonym zawodzie ale mogących podjąć zatrudnienie w innym zawodzie, dostosowanym do ich stanu zdrowia.

1. Informacje dotyczące osoby badanej

PESEL

Nazwisko (nazwiska)

Imię (imiona)

Data urodzenia

Płeć

Mężczyzna

Kobieta

2. Sporządzono na podstawie

2.1 Badania bezpośredniego w dniu

2.2 Dokumentacji medycznej

Lp.	Data dokumentacji medycznej	Specjalność lekarza	Czy dokumentacja jest dołączona ?

2.2.1. Rehabilitacja lecznicza przebyta: Tak Nie

Terminy, opis i wyniki rehabilitacji

2.3 Kwalifikacje zawodowe i zatrudnienie

2.3.1 Rodzaj ostatnio oraz wcześniej wykonywanej pracy według oświadczenia osoby badanej

lp.	Pracodawca, wykonywany zawód	OD	DO	Powód przerwania zatrudnienia

2.3.2 Wykształcenie/szkolenia

lp.	Szkoły i szkolenia	Uzyskany tytuł/ uprawnienia	Data zakończenia

2.3.3 Czy badana osoba nadal pracuje? Tak Nie

2.3.3.1 liczba godzin w ciągu dnia

2.3.4 Wydane orzeczenie o niezdolności do pracy Tak Nie

Data wydania..... data obowiązywania.....

Częściowa niezdolność do pracy / całkowita niezdolność do pracy

2.3.5 Zakończenie pracy w dniu

2.3.6 Powód zakończenia pracy

2.3.7 Posiadane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności Tak Nie

Data wydania..... data obowiązywania.....

3. Historia choroby badanej osoby i dane o aktualnym stanie zdrowia

3.1 Choroba powodująca ograniczenie zdolności do pracy

Lp.	Rozpoznanie	Data powstania schorzenia	Kod ICD-10

3.1.1 Aktualne dolegliwości

3.1.2 Lekarze, którzy obecnie leczą
badaną osobę (specjalizacje)

3.1.3 Aktualnie przyjmowane leki
(nazwy generyczne i dawkowanie)

3.1.4 Choroby współistniejące/
przebyte operacje

3.2 Wypadki przy pracy/choroby zawodowe

3.2.1 Czy upośledzenie funkcji organizmu było/ jest
następstwem wypadku?

Tak Nie

3.2.1.1 Rodzaj wypadku

- w pracy
- w drodze do lub z pracy
- w szczególnych okolicznościach
- w czasie służby

3.2.1.2 Data wypadku

Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

3.2.2 Czy upośledzenie funkcji organizmu było/jest
następstwem choroby zawodowej?

Tak Nie Nie wiadomo

	Rozpoznanie	Data stwierdzenia choroby zawodowej	Kod ICD-10

4. Główne ustalenia dotyczące funkcji i budowy ciała oraz stanu psychicznego

4.1 Stan ogólny

4.1.1 Wzrost cm

4.1.2 Masa kg

4.1.3 Wskaźnik masy ciała (BMI)

4.2 Zaburzenia lub utrata sprawności

Widzenie

Tak Nie

oko

Prawe Lewe

Ostrość wzroku

Tak Nie

oko

Prawe Lewe

Inne problemy z widzeniem

opis

Słuch

Tak Nie

ucho

Prawe Lewe

Zmiany organiczne utrudniające

Tak Nie

komunikowanie się

opis

Zaburzenia psychiczne utrudniające Tak Nie

komunikowanie się

opis

Napięcie mięśniowe (tonus) Tak Nie

Wybierz

- zwiększone
- obniżone

- zwiększone
- obniżone

Siła mięśni Tak Nie

Wybierz

- prawidłowa
- zmniejszona

- prawidłowa
- zmniejszona

Ruchy mimowolne Tak Nie

opis

Zaburzenia w strukturach ciała (krótki opis)

- Struktura układu nerwowego
- Oko, ucho i struktury powiązane
- Struktury związane z głosem i mową
- Struktura układu krążenia, odpornościowego i oddechowego
- Struktury układu trawiennego, układu wewnątrzwydzielniczego i struktury związane z metabolizmem
- Struktury układu moczowo-płciowego i struktury związane z rozrodem
- Struktury związane z ruchem
- Skóra i przydatki skóry

Uwagi dodatkowe

5. Aktywność

5.1. Czy nastąpiła zmiana (ograniczenie) aktywności w życiu codziennym Tak Nie

Czy zmiana w wykonywaniu codziennych czynności spowodowana jest upośledzeniem funkcji organizmu w przebiegu choroby powodującej niezdolność do pracy? Tak Nie

Jakie upośledzenie funkcji organizmu ogranicza wykonywanie czynności dnia codziennego?

5.2. Czy nastąpiła utrata sprawności w zakresie następujących funkcji (w tym ograniczenia czasowe w ich wykonywaniu):

5.2.1 Podstawowa aktywność ruchowa

Siedzenie

Tak Nie

Opis upośledzenia sprawności

Stanie

Tak Nie

Opis upośledzenia sprawności

Chodzenie

Tak Nie

Opis upośledzenia sprawności

Inne niewymienione
wcześniej czynniki związane
z poruszaniem się (np. sprzęt
pomocniczy, ortopedyczny)

Kłęknięcie/ kucanie

Tak Nie

Opis upośledzenia sprawności

5.2.2 Tułów

Pozycja pochylona

Tak Nie

Opis upośledzenia sprawności

Częste schylenie się lub
skręcanie tułowia

Tak Nie

Opis upośledzenia sprawności

5.2.3 Ramiona

Wyciąganie ramion

Tak Nie

Opis upośledzenia sprawności

Unoszenie ramion

Tak Nie

Opis upośledzenia sprawności

5.2.4 Ręce

Używanie rąk,
posługiwanie się palcami rąk

Tak Nie

Opis upośledzenia sprawności

Wykonywanie ruchów precyzyjnych
Opis upośledzenia sprawności

Tak Nie

Wykonywanie powtarzalnych ruchów
Opis upośledzenia sprawności

Tak Nie

Używanie siły rąk
Opis upośledzenia sprawności

Tak Nie

5.2.4.5 Ręka dominująca

Prawa Lewa

5.3 Stan psychiczny - opisz upośledzenie sprawności organizmu w następującym zakresie

Choroba psychiczna Tak Nie
opis

Znaczące zaburzenia osobowości
opis

Tak Nie

Trudności w uczeniu się
opis

Tak Nie

Nadużywanie alkoholu lub innych substancji
opis

Tak Nie

Zmiany chorobowe lub pourazowe mózgu
opis

Tak Nie

Zaburzenia pamięci
opis

Tak Nie

Zaburzenia koncentracji
opis

Tak Nie

Inne zaburzenia psychiczne, poznawcze lub intelektualne
opis

Tak Nie

Jeśli odpowiedź na którekolwiek powyższe pytanie brzmi „Tak” odpowiedz na dodatkowe pytania dotyczące zdrowia psychicznego badanej osoby

Czy osoba badana miała objawy paranoidalne, urojenia, halucynacje lub inne wyraźne objawy, lub zachowania psychotyczne na przestrzeni ostatnich sześciu miesięcy?

Tak Nie

opis

Czy osoba badana wymaga stałej opieki lub nadzoru z wyżej wymienionych powodów?

Tak Nie

opis

Jak często jest badana przez psychiatrę?

5.4 Badania dodatkowe

Spirometria

Nie Tak – zob. załącznik

EKG (spoczynkowe / wysiłkowe)

Nie Tak – zob. załącznik

USG metodą Dopplera

Nie Tak – zob. załącznik

USG

Nie Tak – zob. załącznik

Badanie rentgenowskie

Nie Tak – zob. załącznik

MRI i inne badania obrazowe

Nie Tak – zob. załącznik

Wyniki badań laboratoryjnych

Nie Tak – zob. załącznik

Inne badania i opinie specjalistów

Nie Tak – zob. załącznik

opis

6. Wnioski dotyczące stanu zdrowia osoby badanej

6.1 Przebieg choroby

6.2 Opis naruszenia sprawności (funkcji)

7. Ocena zdolności do pracy

7.1. Zdolność do pracy jest ograniczona od

Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

7.2. Stan organizmu badanej osoby uniemożliwia pracę w wyuczonym/wykonywanym dotychczas zawodzie nawet po odbyciu rehabilitacji medycznej.

Tak Nie

7.3. Badana osoba wymaga przekwalifikowania zawodowego umożliwiającego podjęcie pracy w nowym zawodzie.

Tak Nie

7.4. Badana osoba wymaga rehabilitacji medycznej aby móc wykonywać nowy zawód.

Tak Nie

7.5. Stan zdrowia badanej osoby jest ustabilizowany i pozwala na udział rehabilitacji kompleksowej.

Tak Nie

7.6. Rekomenduję badaną osobę do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej

Tak Nie

Uzasadnienie rekomendacji:

.....
(miejsowość, data, pieczętka i podpis lekarza)

¹ Informacja dla lekarza badającego i wypełniającego formularz:

1. Proszę przeprowadzić badanie podmiotowe i przedmiotowe badanej osoby oraz analizę dokumentów medyczno-zawodowych.
2. Proszę wynik badania i ocenę wpisać do poszczególnych punktów **Formularza w sprawie oceny niezdolności do pracy/niepełnosprawności** - służącego kwalifikacji uczestników do rehabilitacji kompleksowej.

W przypadku stwierdzenia (w punkcie 7.1.), że zdolność do pracy jest ograniczona, a rehabilitacja kompleksowa (zaznaczona w punkcie 7.2.) może tę zdolność poprawić, proszę wypełnić **Kartę oceny funkcjonalnej ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej** - służącej kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej.

KARTA OCENY FUNKCJONALNEJ – ICF W MODELU REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ

Nr	
Data oceny	
Osoba wypełniająca kartę	
Imię i nazwisko	
Numer uczestnika w ORK	

SEKCJA I – informacja dla lekarza wypełniającego kartę oceny funkcjonalnej

Sekcja II Karty jest podzielona na 3 części: **Komunikację, Aktywność w życiu codziennym, Podstawowe umiejętności i przystosowanie.**

Po przeprowadzeniu badania należy:

1. ocenić stopień ograniczenia w wykonywaniu przez badaną osobę określonych czynności,

2. ocenę zapisać w postaci liczby punktów, gdzie:

0 punktów to BRAK problemu (żaden, nieobecny, nieistotny)

1 punkt to NIEZNACZNY problem (niewielki, mały)

2 punkty to UMIARKOWANY problem (średni, spory)

3 punkty to ZNA CZNY problem (wielki, silny)

4 punkty to SKRAJNIE DUŻY problem (zupelny),

3. punktację zapisać w odpowiedniej kolumnie (**Liczba punktów**) Sekcji II.

W ostatniej kolumnie Sekcji II (Kod ICF) zostały informacyjnie zamieszczone odpowiednie kody Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

W tej Karcie oceniamy aktywność i uczestniczenie badanego w różnych dziedzinach życia. Aktywność jest to wykonanie przez osobę zadania lub podjęcie działania, a uczestniczenie jest to angażowanie się osoby w określone sytuacje życiowe. Ograniczenia aktywności są to trudności, jakie osoba może mieć w podejmowaniu działań, a ograniczenia uczestniczenia są to problemy utrudniające angażowanie się w sytuacje życiowe. Aktywność i uczestniczenie w klasyfikacji ICF posiada dwa kwalifikatory, którymi możemy posłużyć się, określając stopień nasilenia problemu zdrowotnego, tj. wykonanie i zdolność.

Kwalifikator *wykonanie* opisuje, „co osoba robi” – w swoim aktualnym środowisku i warunkach społecznych: z urządzeniami wspomagającymi, pomocą osób trzecich lub barierami.

Kwalifikator *zdolność* używany jest w celu opisanie możliwości osoby, które nie są zwiększone przez urządzenia wspomagające lub pomoc innych osób (czyli co osoba „może zrobić”, niezależnie od środowiska).

W tym formularzu należy uwzględnić jedynie kwalifikator *wykonanie* z ogólną pięciopunktową (0- 4) skalą.

SEKCJA II - OCENA FUNKCJONALNA W OPARCIU O KLASYFIKACJĘ ICF

Obszar	Problem do oceny	Liczba punktów	Kod ICF
KOMUNIKACJA			
1. Orientacja co do czasu, miejsca i własnej osoby	Czy badany jest zorientowany co do czasu, miejsca i własnej osoby?		b114 Funkcje orientacji
2. Porozumiewanie się werbalne	Czy badany ma kłopoty z rozumieniem mowy?		d310 Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości ustne
3. Porozumiewanie się werbalne	Czy badany ma kłopoty z mówieniem?		d330 Mówienie
4. Porozumiewanie pozawerbalne	Czy badany ma kłopoty z tworzeniem i rozumieniem wiadomości niewerbalnych?		d315 Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości niewerbalne
5. Czytanie	Czy badany rozumie przeczytany tekst?		d325 Porozumiewanie się – odbieranie - wiadomości pisane
6. Prowadzenie rozmowy	Czy badany potrafi przekazać swoje poglądy w rozmowie z jedną/ wieloma osobami?		d350 Rozmowa
7. Podstawowe kontakty międzyludzkie	Czy badany utrzymuje podstawowe kontakty międzyludzkie, ma znajomych, przyjaciół, spotyka się z nimi?		d710 Podstawowe kontakty międzyludzkie
8. Złożone kontakty międzyludzkie	Czy badany nawiązuje i utrzymuje kontakty z innymi ludźmi w sposób odpowiedni do danej sytuacji i akceptowany społecznie?		d720 Złożone kontakty międzyludzkie

Suma punktów w obszarze - Komunikacja:.....

AKTYWNOŚĆ W ŻYCIU CODZIENNYM			
1. Zmiana pozycji ciała	Czy badany zmienia pozycję ciała bez trudności: przy wstawaniu, siadaniu, zginaniu się, i kładzeniu się?		d410Zmienianie podstawowej pozycji ciała
2. Utrzymywanie pozycji ciała	Czy badany może pozostawać w tej samej pozycji ciała przez dłuższy czas, np. podczas stania lub siedzenia?		d415 Utrzymywanie pozycji ciała
3. Poruszanie się poza domem na duże odległości	Czy badany porusza się samodzielnie na dłuższe dystanse tj. co najmniej 1 kilometr?		d4501 Chodzenie na duże odległości
4. Precyzyjne używanie ręki	Czy badany potrafi sprawnie posługiwać się przedmiotami?		d440 Precyzyjne używanie ręki
5. Zaspokajanie podstawowych potrzeb bytowych	Czy badany potrafi zadbać o wyposażenie domu i samodzielnie dokonać zakupów (np. żywności, napojów, odzieży, mieszkania)?		d610 Nabywanie miejsca zamieszkania d620 Nabywanie dóbr i usług
6. Zadania w gospodarstwie domowym	Czy badany potrafi samodzielnie przygotować posiłki?		d630 Przygotowywanie posiłków
7. Zadania w gospodarstwie domowym	Czy badany samodzielnie wykonuje podstawowe czynności domowe (np. pranie, sprząatanie, wynoszenie śmieci)?		d640 Wykonywanie prac domowych
8. Samodzielne pozostanie na kilka dni	Czy badany może samodzielnie pozostać na kilka dni?		d510-d650 Połączenie wielu zadań związanych z samoopieką i życiem domowym

Suma punktów w obszarze- Aktywność w życiu codziennym:

PODSTAWOWE UMIEJĘTNOŚCI I PRZYSTOSOWANIE			
1. Czytanie, pisanie, liczenie	Czy badany ma problem z czytaniem, pisanem i liczeniem?		d166 Czytanie d170 Pisanie d172 Liczenie
2. Gospodarowanie pieniędzmi	Czy badany potrafi robić zakupy, zna wartość pieniądza?		d860 Podstawowe transakcje finansowe
3. Używanie urządzeń elektronicznych	Czy badany posiada umiejętność korzystania z komputera?		d360 - Używanie urządzeń i technik służących do porozumiewania się
4. Realizowanie dziennego rozkładu zajęć	Czy badany ma ustalony rozkład zajęć i żyje według niego?		d230 Realizowanie dziennego rozkładu zajęć
5. Nabywanie umiejętności	Czy badany poszerza swoją wiedzę poprzez czytanie, uczenie się nowych umiejętności?		d155Nabywanie umiejętności d130 - d159 podstawy uczenia się d825 Szkolenie zawodowe
6. Rozwiązywanie problemów (prostych i złożonych)	Czy badany potrafi rozwiązywać problemy, korzystając z wcześniejszych doświadczeń?		d175 Rozwiązywanie problemów d177 Podejmowanie decyzji
7. Praca w zespole	Czy badany potrafi działać w zespołach, np. podejmować działania w grupie, podlegać nadzorowi.		d850 Zatrudnienie za wynagrodzeniem d855 Praca bez wynagrodzenia d740 Kontakty oficjalne
8. Dbłość o własne zdrowie	Czy badany należycie dba o własne zdrowie, poddaje się leczeniu i rehabilitacji?		d570 Troska o własne zdrowie
9. Motywacja	Czy badany jest zmotywowany do świadomego działania na rzecz zaspokajania potrzeb?		b1301 Motywacja

Suma punktów w obszarze - Podstawowe umiejętności i przystosowanie:

SEKCJA III - KWALIFIKACJA DO KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI

- Po obliczeniu punktacji w każdym z 3 obszarów (**Komunikacji, Aktywności w życiu codziennym i Podstawowych umiejętności i przystosowania**) lekarz powinien ocenić, czy badany kwalifikuje się do kompleksowej rehabilitacji.
- Zasadą jest, że do rehabilitacji kompleksowej kwalifikuje się osobę, która uzyskała **nie więcej niż 10 punktów** w każdym z ocenianych obszarów kwestionariusza. **Oznacza to że jej stan zdrowia jest ustabilizowany i pozwala na udział w**



rehabilitacji kompleksowej: przekwalifikowaniu zawodowym, warsztatach psychospołecznych oraz rehabilitacji leczniczej.

3. Jeśli badany uzyska więcej niż 10 punktów z poszczególnych obszarów, a lekarz uzna, że ma wskazania do rehabilitacji kompleksowej, to powinien taką opinię wydać i uzasadnić swoje stanowisko. Rehabilitacja kompleksowa wymaga od Uczestnika dużego zaangażowania psychofizycznego, jeśli kandydat uzyskał więcej niż 10 pkt. w danym obszarze wysiłek związany z udziałem w procesie rehabilitacji kompleksowej może stanowić za duże obciążenie dla jego organizmu.

Pani/Pan kwalifikuje się do kompleksowej rehabilitacji.
(imię i nazwisko osoby badanej)

TAK NIE

.....
(miejsowość, data, pieczętka i podpis lekarza)

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

FORMULARZ OPINII PSYCHOLOGA

Nr	
Data oceny	
Nazwisko psychologa	
Imię i nazwisko Uczestnika	
Numer Uczestnika w ORK	

Przed przystąpieniem do badania psycholog zapoznaje się z oceną sporządzoną przez lekarza, łącznie z informacjami o dotychczasowym zatrudnieniu i wykształceniu.

Opinia psychologiczna¹:

A - potencjał umysłowy/intelektualny (do uczenia się nowej wiedzy i umiejętności); zalecane narzędzia: rozmowa/wywiad, MINIMENTAL - *Krótką Skala Oceny Stanu Umysłowego* (MMSE), GHQ – *Ocena Zdrowia Psychicznego*. (ocena-wybrać)
wystarczający ograniczony

Uzasadnienie oceny:

B – dotychczasowe doświadczenie zawodowe, stosunek do pracy i aktywności zawodowej; czy Kandydat jest w stanie określić swoje cele zawodowe i czy są one realne; zalecane narzędzia: rozmowa/wywiad,

cele sformułowane/niesformułowane (brak) realne/nierrealne

Uzasadnienie oceny:

¹ Zapisy z wywiadu i rozmowy oraz wyniki zastosowanych testów stanowią załącznik konieczny przekazany do dokumentacji Kandydata



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

C - osobowość/ akceptacja stanu, gotowość do zmiany, cele jakie uczestnik chce osiągnąć uczestnicząc w kompleksowej rehabilitacji; zalecane narzędzia: rozmowa/wywiad, AIS-Skala Akceptacji Choroby (Niepełnosprawności), LOTR – Test Orientacji Życiowej, GSES – Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności, MHLC -Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, (ocena-zakreśl jeden z każdej pary)

akceptacja/brak akceptacji cele sformułowane/niesformułowane (brak) realne/nierealne

Uzasadnienie oceny:

D - motywacja uczestnika do zaangażowania w program kompleksowej rehabilitacji; bariery, które mogą utrudniać aktywny udział w projekcie (np. sytuacja rodzinna); zalecane narzędzia: rozmowa/wywiad, LMI/LMI-K–Inwentarz Motywacji Osiągnięć, KNS-Kwestionariusz Nadziei na Sukces. (ocena-wybrać)

wysoka średnia niska b. niska

Uzasadnienie oceny:

E - Podsumowanie/rekomendacja

- rekomenduję Kandydata do rehabilitacji kompleksowej
- nie rekomenduję Kandydata do rehabilitacji kompleksowej

Uzasadnienie oceny:

.....
(miejsowość, data, pieczętka i podpis psychologa)

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Zawiadomienie o zakwalifikowaniu/niezakwalifikowaniu⁸ do programu rehabilitacji kompleksowej

Imię (imiona)

Nazwisko (nazwiska)

Numer PESEL³

Adres zamieszkania

Dane do kontaktu⁴

W postępowaniu prowadzonym przez⁵ została Pani/został Pan nie została Pani/nie został Pan zakwalifikowana(y)⁸ do programu rehabilitacji kompleksowej realizowanego w ramach projektu UE pn. „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”.

O dalszym przebiegu postępowania związanego z realizacją programu rehabilitacji będzie Pani/Pan informowana(y) przez PFRON, nr infolinii: (22) 50 55 600.

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko, pieczętka służbowa pracownika instytucji / podmiotu)

³ jeśli nie nadano numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości.

⁴ należy podać numer telefonu lub adres e-mail.

⁵ należy uzupełnić nazwę instytucji, podmiotu, w którym zostało wydane orzeczenie o zakwalifikowaniu do rehabilitacji kompleksowej – odpowiednio: ZUS, KRUS, MON, MSWiA. Powiat.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

.....
.....
(nazwa i dane teleadresowe organu wydającego orzeczenie)

ORZECZENIE

**o potrzebie/braku potrzeby⁸ rehabilitacji kompleksowej
z dnia**

Wydane w sprawie Pani/Pana

Imię (imiona)

Nazwisko (nazwiska)

Numer PESEL⁶

Data urodzenia

Stwierdzono/nie stwierdzono⁸ potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji kompleksowej.

(dodatkowe informacje – pole tekstowe)

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczętka i podpis lekarza orzekającego/zespołu orzekającego

⁶ jeśli nie nadano numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości

⁸ niepotrzebne usunąć

Lider Projektu

Partnerzy Projektu