АНКЕТА
для учета людей с выраженными нарушениями зрения и слуха (слепоглухих)

Благотворительный фонд
«Фонд поддержки слепоглухих «Со-единение»
117593, Москва, а/я 45
Телефон: +7 495 212-92-09
Электронная почта: charity@so-edinenie.org

Заполняется ответственным сотрудником, принявшим информацию

А1. Информацию принял_____

А2. Дата заполнения_____

А3. Анкета заполняется: ☐ впервые ☐ повторно

А4. Номер в базе данных_____
(присваивается после внесения в базу данных)

Здравствуйте! Разрешите представиться. Я – интервьюер Фонда поддержки слепоглухих «Со-единение». Фонд «Со-единение» проводит перепись слепоглухих людей для составления единого реестра слепоглухих людей и их потребностей. Члены этого реестра получат возможность участвовать в программах Фонда.

Мы просим Вас помочь Вашему родственнику или подопечному ответить на несколько вопросов. Это не отнимет много времени.

А5. Укажите, пожалуйста, кем Вы приходитесь респонденту?

1. родственник

2. социальный работник

3. другое (напишите, кем именно) _____

4. респондент отвечал на анкету самостоятельно

ОБЩИЕ ДАННЫЕ РЕСПОНДЕНТА		
1.	**Фамилия**_____ **Имя**_____ **Отчество**_____	
	Все вопросы за исключением последнего блока адресуются слепоглухому. Если родственник, социальный работник или помощник знает ответ на вопрос, слепоглухому этот вопрос можно не задавать. Если родственник или помощник не может ответить на какой-либо вопрос, попросите его обратиться к слепоглухому. Все показатели должны быть заполнены. Человека, о котором Вы спрашиваете, называйте по имени и отчеству.	
2.	**Пол.**	1. ☐ муж. 2. ☐ жен.
3.	**Назовите, пожалуйста, дату Вашего рождения.**	число_____ месяц_____ год_____
4.	**Ваше семейное положение.** *(Для лиц в возрасте 18 лет и старше. Респонденты младше 18 лет не отвечают на вв. №№4-15, а переходят к вопросу №16.)*	**1.** ☐ женат/замужем **2.** ☐ холост/не замужем **3.** ☐ разведен/разведена **4.** ☐ вдовец/вдова
5.	**У Вас есть дети?** *(В случае наличия детей укажите количество.)*	**1.** ☐ да — количество _____ **2.** ☐ нет (*переход к вопросу 16)*
6-10.	**Назовите год рождения ребёнка (детей).** *(На вопрос отвечают только те, у кого есть дети, то есть в вопросе №5 отмечена позиция 1. Укажите дату рождения каждого ребёнка.)*	**6.** ребёнок 1 _____ **7.** ребёнок 2 _____ **8.** ребёнок 3 _____ **9.** ребёнок 4 _____ **10.** ребёнок 5 _____
11-15.	**Имеются ли нарушения слуха или зрения у Ваших детей?** *(На вопрос отвечают только те, у кого есть дети, то есть в вопросе №5 отмечена позиция 1. Отметьте один ответ по каждому названному ребёнку.)*	**11.** ребёнок 1 1. ☐ нет нарушений слуха и зрения 2. ☐ есть нарушение зрения 3. ☐ есть нарушение слуха 4. ☐ есть нарушения слуха и зрения
		12. ребёнок 2 1. ☐ нет нарушений слуха и зрения 2. ☐ есть нарушение зрения 3. ☐ есть нарушение слуха 4. ☐ есть нарушения слуха и зрения
		13. ребёнок 3 1. ☐ нет нарушений слуха и зрения 2. ☐ есть нарушение зрения 3. ☐ есть нарушение слуха 4. ☐ есть нарушения слуха и зрения
		14. ребёнок 4 1. ☐ нет нарушений слуха и зрения 2. ☐ есть нарушение зрения 3. ☐ есть нарушение слуха 4. ☐ есть нарушения слуха и зрения
		15. ребёнок 5 1. ☐ нет нарушений слуха и зрения 2. ☐ есть нарушение зрения 3. ☐ есть нарушение слуха 4. ☐ есть нарушения слуха и зрения

16-23.	**Контактная информация.**	**16.** субъект РФ: _____ **17.** название населенного пункта: _____ _____ **18.** адрес по прописке/регистрации *(полный адрес с индексом)* _____ _____ **19.** адрес по месту фактического проживания *(если не совпадает с адресом по прописке, указать полный адрес с индексом)* _____ _____ **20.** стационарный телефон *(с кодом населенного пункта)*: _____ **21.** мобильный телефон _____ **22.** электронная почта_____ **23.** другие виды связи *(Ваше имя/Скайп, ooVoo, Камфрог и др.)* _____
МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ		
24.	**В каком году Вам в первый раз установили инвалидность?**	в _____ году
25.	**Было ли у Вас изменение группы инвалидности? Если было изменение, то один раз или больше?**	1. ☐ было, один раз 2. ☐ было, более одного раза 3. ☐ не было *(переход к 34)*
26-29.	**В каком году было изменение группы?** **На каком основании Вам изменили группу?** **Какая у Вас была предыдущая группа инвалидности?** **А на какую группу ее изменили (новая группа)?**	**26.** в_____ году **27.** основание_____ _____ **28.** предыдущая группа инвалидности _____ **29.** новая группа инвалидности _____

<table>
<tr><td rowspan="4">34-37.</td><td rowspan="4">Укажите данные по справке МСЭ.
(Интервьюер! Если респондент в вопросе 36 говорит «генетическое заболевание», кодируйте вариант 1 «общее заболевание»)</td><td>34. группа инвалидности
(Отметьте только один пункт.)</td><td>1. ☐ I группа
2. ☐ II группа с правом работы
3. ☐ II группа без права работы
4. ☐ III группа
5. ☐ ребенок-инвалид</td></tr>
<tr><td colspan="2">35. вид инвалидности_____</td></tr>
<tr><td>36. причина инвалидности
(Отметьте только один пункт.)</td><td>1. ☐ общее заболевание
2. ☐ трудовое увечье
3. ☐ профессиональное заболевание
4. ☐ инвалидность с детства
5. ☐ инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья)
6. ☐ инвалидность, связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны
7. ☐ военная травма
8. ☐ заболевание, полученное в период военной службы
9. ☐инвалидность, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска</td></tr>
<tr><td colspan="2">37. серия _____ №_____
выдана_____
дата выдачи_____
дата переосвидетельствования_____
рекомендации _____
_____
_____</td></tr>
<tr><td>38.</td><td>У Вас врождённая или приобретенная потеря зрения? И если приобретенная, то в каком возрасте? (Отметьте только один пункт. Интервьюерер!
Если у респондента заболевание наследственное, но нарушение зрения НЕ зафиксировано с рождения (в возрасте до 1 года) , кодируйте вариант ответа «2»).</td><td colspan="2">1. ☐ врожденная
2. ☐ приобретенная, потеря зрения наступила в возрасте _____
3. ☐ затрудняюсь ответить</td></tr>
</table>

39.	**Состояние Вашего зрения на данный момент.** *(Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте только один пункт. Если респондент видит по-разному правым и левым глазом, отмечайте ответ для того глаза, который видит лучше.)*	1. ☐ тотальная слепота (без светоощущения) 2. ☐ практическая слепота (светоощущение, силуэтное зрение) 3. ☐ слабовидение (предметное зрение) 4. ☐ иное *(укажите, что именно)* _____ _____
40.	**По какой причине Вы потеряли зрение?** *(Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте только один пункт.)*	1. ☐ травма/несчастный случай 2. ☐ инфекционные заболевания (вирусные, бактериальные, грибковые и т.д.) 3. ☐ онкологические заболевания 4. ☐ наследственные нарушения (синдром Ушера, Альпорта, Маршалла и т.д.) 5. ☐ патологическое течение беременности и родов 6. ☐ токсическое/лекарственное воздействие 7. ☐ профессиональные заболевания 8. ☐ ятрогенные причины (осложнения, вызванные медицинским вмешательством или влиянием) 9. ☐ иное *(укажите, что именно)*_____ _____
41.	**У Вас врожденная или приобретенная потеря слуха? И если приобретенная, то в каком возрасте?** *(Отметьте только один пункт. Интервьюер! Если у респондента не зафиксирована врожденная потеря слуха (в возрасте до 1 года), даже если заболевание наследственное, кодируйте варианты ответов «2» или «3»)*	1. ☐ врожденная 2. ☐ приобретенная: потеря слуха наступила до овладения речью 3. ☐ приобретенная: потеря слуха наступила после овладения речью в возрасте _____ 4. ☐ затрудняюсь ответить
42.	**Какое у Вас состояние слуха на данный момент?** *(Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте только один пункт.)*	1. ☐ тотальная глухота (не слышит звуков и речи) 2. ☐ практическая глухота (слышит отдельные звуки, шумы) 3. ☐ тугоухость (с трудом может различать громкую речь) 4. ☐ слабослышание (с напряжением понимает речь) 5. ☐ иное *(укажите, что именно)*_____ _____

43.	**По какой причине Вы потеряли слух?** *(Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте только один пункт.)*	1. ☐ травма/несчастный случай 2. ☐ инфекционные заболевания (вирусные, бактериальные, грибковые и т.д.) 3. ☐ онкологические заболевания 4. ☐ наследственные нарушения (синдром Ушера, Альпорта, Маршалла и т.д.) 5. ☐ патологическое течение беременности и родов 6. ☐ токсическое/лекарственное воздействие 7. ☐ профессиональные заболевания 8. ☐ ятрогенные причины (осложнения, вызванные медицинским вмешательством или влиянием) 9. ☐ иное _____
44.	**Укажите название Вашего синдрома, если он известен.** *(Укажите синдром, если известен; если синдром неизвестен, отметьте «не установлен/затрудняюсь ответить».)*	_____ _____ _____ 1. ☐ не установлен/затрудняюсь ответить
45.	**Имеются у Вас другие хронические заболевания?** *(Укажите иные нарушения здоровья, кроме нарушений по слуху и зрению.)*	_____ _____ _____ 1. нет других хронических заболеваний
46.	**Назовите, пожалуйста, Ваш диагноз (по медицинским данным).**	_____ _____ _____ 1. не знаю, затрудняюсь ответить
47.	**Какие языки Вы понимаете?** *(Интервьюер! Отметьте все подходящие варианты.)*	1. ☐ русский 2. ☐ английский 3. ☐ иной *(укажите, какой)*_____ 4. ☐никакой
48.	**Как Вы можете воспринимать информацию?** *(Интервьюер! Зачитайте и отметьте все подходящие варианты.)*	1. ☐на слух 2. ☐чтение по губам 3. ☐владение Брайлем 4. ☐указание на предметы 5. ☐русский жестовый язык (язык жестов, используемый на расстоянии) 6. ☐контактный жестовый язык 7. ☐ручной алфавит (дактилология) 8. ☐письмо на ладони (дермография) 9. ☐чтение текстов, написанных не шрифтом Брайля 10. ☐иное *(напишите, что именно)*_____

49.	**Какими способами Вы можете передавать информацию?** **(Интервьюер! Отметьте все подходящие варианты.)**	1. ☐устная речь 2. ☐указание на предметы 3. ☐русский жестовый язык (язык жестов, используемый на расстоянии) 4. ☐контактный жестовый язык 5. ☐ручной алфавит (дактилология) 6. ☐письмо на ладони (дермография) 7. ☐письмо на бумаге 8. ☐печать текстов на компьютере 9. ☐ Брайлем 10. ☐иное (напишите, что именно) _____
50.	**Из каких источников Вы узнаете информацию о происходящих событиях? (Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте все подходящие варианты.)**	1. ☐ от близких 2. ☐ от знакомых 3. ☐ от других слепоглухих 4. ☐ от переводчика 5. ☐ от сопровождающего 6. ☐ от общественных организаций 7. ☐ из печатных СМИ 8. ☐ из интернета 9. ☐ радио 10. ☐ телевизор (в том числе с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами) 11. ☐ иное_____
51.	**Пользуетесь ли Вы мобильным телефоном?**	1. ☐да 2. ☐нет 3. ☐затрудняюсь ответить
52.	**Пользуетесь ли Вы компьютером?**	1. ☐да 2. ☐нет (переход к в.54) 3. ☐затрудняюсь ответить
53.	**Умеете ли Вы пользоваться на компьютере чем-то еще, кроме чтения или письма текстов?** ***(Интервьюер! Имеются в виду любые программы, кроме текстовых редакторов. В том числе социальные сети, поисковые системы (Яндекс и др.), скайп и т.п., электронная почта и прочее)***	1. ☐да 2. ☐нет 3. ☐затрудняюсь ответить
54.	**Состояние устной речи.** *(Интервьюер! Закодируйте, не задавая вопроса)*	1. ☐ разборчивая устная речь 2. ☐ невнятная речь (понятная только близким) 3. ☐ не говорит со всем 4. ☐ иное _____
55.	**Бывает ли, что Вы нуждаетесь в чьей-либо помощи? И если да, то в чьей?** *(Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте все подходящие варианты.)*	1. ☐ нуждаюсь в помощи близких 2. ☐ нуждаюсь в помощи социального работника 3. ☐ необходима помощь тифлосурдопереводчика 4. ☐ нуждаюсь в помощи сопровождающего вне дома

56.	**Что Вы можете делать самостоятельно, без посторонней помощи?** *(Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте все подходящие варианты.)*	1. ☐ самостоятельно одеваюсь 2. ☐ самостоятельно готовлю 3. ☐ самостоятельно делаю уборку 4. ☐самостоятельно хожу в магазин 5. ☐иное *(напишите, что именно)* _____ _____ 6. ☐ничего из перечисленного не могу делать без помощи близких или иного сопровождающего
57.	**Как Вы передвигаетесь дома, по квартире?** *(Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте только один ответ.)*	1. ☐ самостоятельно, без помощи технических средств 2. ☐ передвигаюсь только с помощью близких или иного сопровождающего 3. ☐ самостоятельно, с помощью технических средств 4. ☐ не передвигаюсь совсем 5. ☐иное *(напишите, что именно)* _____
58.	**Как Вы передвигаетесь на улице по знакомому маршруту?** *(Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте только один ответ.)*	1. ☐ самостоятельно, без помощи технических средств 2. ☐ передвигаюсь только с помощью близких или иного сопровождающего 3. ☐ самостоятельно, с помощью технических средств или при помощи собаки-проводника 4. ☐ не бываю на улице 5. ☐ иное *(напишите, что именно)* _____
59-80.	**Какие технические средства реабилитации (ТСР) Вы используете?** *(Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте все, что использует респондент, и укажите марку/модель ТСР.)*	59. ☐ слуховой аппарат (в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления) — **Марка** 60_____ _____ 61. ☐ устройства для оптической коррекции слабовидения — 62_____ _____ 63. ☐ устройства для чтения «говорящих» книг — 64_____ 65. ☐ собака-проводник с комплектом снаряжения 67. ☐ сигнализаторы звука световые и вибрационные — 68_____ _____ 69. ☐ телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами — 70_____ _____ 71. ☐ телефонные устройства с текстовым выходом — 72_____ _____ 73. ☐ голосообразующие аппараты — 74_____ _____ 75. ☐ трости опорные и тактильные — 76_____ _____ 77. ☐ лупы (карманные и настольные) — 78_____ _____ 79. ☐ иное *(включая высокотехнологичную медицинскую помощь, в том числе кохлеарные импланты)*_____ _____ — 80_____ _____

A1. **Как Вы считаете, какие еще технические средства реабилитации необходимо в первую очередь включить в обязательный список ТСР, выдаваемых государством, и почему?** *(Интервьюер! Вопрос открытый. Запишите ответ респондента.)*

_____

A 2 **Как Вы считаете, какие элементы доступной среды необходимы слепоглухому человеку для комфортного проживания/перемещения?** *(Интервьюер! Отметьте все подходящие варианты)*

1. Пандусы
2. Тактильная плитка
3. Тактильные направляющие полосы
4. Настенные тактильные мнемосхемы
5. Дублирование кнопок рельефно-точечным шрифтом Брайля
6. Надверные обозначения рельефно-точечным шрифтом Брайля
7. Комплексная перепланировка квартиры
8. Маркировки на пакеты с едой
9. Маркировки на предметы быта
10. Сигнализации и камеры
11. Тревожные кнопки
12. Иное_____

_____

A3. **Пользуетесь ли Вы услугами переводчика?**

1. да
2. нет
3. затрудняюсь ответить

A4. Хотели бы Вы пользоваться услугами переводчика чаще? Сколько часов в месяц Вам нужно?

1. да, хотел(а) бы, _____часов
2. нет
3. затрудняюсь ответить

(Интервьюер! Если анкета заполняется на ребенка до 7 лет, переходите к вопросу № 88. Если анкета заполняется на ребенка от 7 до 15 лет, переходите к вопросу № 86.)

81.	**В школе какого типа Вы учились?** *(Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте все подходящие варианты.)*	1. ☐ обычная школа 2. ☐ школа для слепых (или слабовидящих) 3. ☐ школа для глухих (или слабослышащих) 4. ☐ специализированное учреждение для слепоглухих 5. ☐ нигде не учился(-лась) *(переход к вопросу 86)* 6. ☐ иная школа *(укажите тип и наименование)*_____ _____
82.	**Какое у Вас образование**? *(Один вариант ответа.)*	1. ☐ начальное общее (начальное) *(переход к 86)* 2. ☐ основное общее (неполное среднее) *(переход к 86)* 3. ☐ среднее (полное) общее *(переход к 86)* 4. ☐ среднее профессиональное (среднее специальное)

		(переход к 84) 5. ☐ неполное высшее профессиональное (незаконченное высшее) (*переход к 84)* 6. ☐ высшее профессиональное (высшее) 7. ☐ не имею образования, умею читать и писать *(переход к 86)* 8. ☐ не имею образования, не умею читать и писать *(переход к 86)*
83.	**Имеете ли Вы ученую степень кандидата или доктора наук?**	1. ☐ кандидат наук 2. ☐ доктор наук 3. ☐ не имею
84.	**В каком учебном заведении среднего профессионального или высшего образования Вы учились?** *(Вопрос задается только тем, кто имеет среднее профессиональное или высшее образование, то есть в вопросе №82 отмечены позиции 4-6.)*	_____ _____
85.	**Какова Ваша специальность по образованию?**	_____ _____
86.	**Учитесь ли Вы сейчас в каком-либо образовательном учреждении?** *(Для лиц в возрасте 7-50 лет.)*	_____ 1. ☐ да 2. ☐ нет *(переход к 89)*
87.	**В каком образовательном учреждении Вы учитесь?**	_____ _____ *(переход к 89)*
88.	**Посещает ли ребенок дошкольное учреждение?** *(Для лиц в возрасте до 7 лет, не посещающих школу.)*	1. ☐ да *(переход к 94)* 2. ☐ нет *(переход к 94)*
89.	**Работаете ли Вы?** *(Для лиц старше 15 лет.)*	1. ☐ да 2. ☐ нет *(переход к 92)*
90.	**Укажите, пожалуйста, Ваши место работы и должность.**	_____
91.	**Вы работали до этого в других местах? Если да, укажите, пожалуйста, не более 3-х последних мест работы и должности на них.** *(Интервьюер! Если респондент работал на одном месте на нескольких должностях, указывайте последнюю.)*	1. _____ _____ 2. _____ _____ 3._____ _____ 4. ☐в других местах не работал(-а) *(Отвечавшие на вопрос № 91 переходят к вопросу № 94.)*
92.	**Работали ли Вы ранее? Если да, укажите, пожалуйста, не более 3-х последних мест работы и должности на них.** *(Интервьюер! Если респондент работал на одном месте на нескольких должностях, указывайте последнюю)*	1. _____ _____ 2. _____ _____ 3._____ _____ 4. ☐ нет

93.	**Хотели бы Вы работать?** *(Для лиц старше 15 лет, которые сейчас не работают.)*	1. ☐ да 2. ☐ нет
94.	**Укажите, пожалуйста, Ваше хобби, увлечения.** *(Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте все подходящие варианты.)*	1. ☐ кулинария 2. ☐ чтение 3. ☐ рисование 4. ☐ аппликация 5. ☐ ручные поделки 6. ☐ вязание 7. ☐ резьба по дереву 8. ☐ выезды на природу 9. ☐ спорт 10. ☐ иное *(напишите, что именно)* _____ 11. ☐нет хобби
95.	**Какими навыками Вы хотели бы овладеть?** *(Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте все подходящие варианты.)*	1. ☐ чтение 2. ☐ письменная речь 3. ☐ изучение системы Брайля 4. ☐ изучение средств общения (дактилология, язык жестов) 5. ☐ владение компьютером 6. ☐ пользование мобильным телефоном 7. ☐ навыки самообслуживания 8. ☐ прикладное искусство 9. ☐ иное *(напишите, что именно)* _____ 11. ☐ никакими
96.	**Посещаете ли Вы какие-либо досуговые центры (кружки)?**	1. ☐ да *(укажите, какие)* _____ _____ 2. ☐ нет
97.	**Есть ли у Вас индивидуальная программа реабилитации (ИПР)? И если нет, то нуждаетесь ли Вы в ней?**	1. ☐ есть индивидуальная программа реабилитации 2. ☐ нет ИПР, нуждаюсь 3. ☐ нет ИПР, не нуждаюсь
98.	**Пользуетесь ли Вы интернетом?**	1. ☐ да 2. ☐ нет *(переход к 102)*
99.	**Каким образом Вы пользуетесь интернетом?**	6. ☐ самостоятельно 7. ☐ с помощью близких
100.	**Пользуетесь ли Вы социальными сетями?**	1. ☐ да 2. ☐ нет *(переход к 102)*
101. .	**Какими социальными сетями Вы пользуетесь?** *(Интервьюер! Зачитайте варианты ответа. Отметьте все подходящие варианты.)*	1. ☐ Мой мир 2. ☐ Одноклассники 3. ☐ Вконтакте 4. ☐ Facebook 5. ☐ Живой журнал 6. ☐ Twitter **7.** ☐ иное *(напишите, что именно)* _____ **8.** ☐ никакими

102.	**Хотели бы Вы получать журнал для слепоглухих «Ваш собеседник»?** **Стоимость получения одного номера журнала (журнал выпускается ежеквартально): в электронном формате – 50 руб., в печатной форме – 100 руб., по Брайлю – 150 руб.**	1. ☐да 2. ☐нет *(переход к 104)* 3. ☐затрудняюсь ответить *(переход к 104)*
103.	**Если да, то в какой форме?**	1. ☐ в электронной 2. ☐ в печатной 3. ☐ по Брайлю
УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ		
104.	**Укажите, пожалуйста, условия Вашего проживания.** *(Отметьте один вариант ответа.)*	1. ☐ проживаю один 2. ☐ проживаю в семье *(переход к вопросу 105)* 3. ☐ проживаю в специализированном учреждении *(переход к вопросу 106)* 4. ☐ иное *(напишите, что именно)* _____ _____
105.	**Укажите, пожалуйста, членов Вашей семья, с которыми Вы проживаете** *(Интервьюер! Запишите степень родства членов семьи, с кем проживает респондент)*	_____ _____ _____ _____ _____ _____
106.	**Укажите, пожалуйста, название учреждения, где Вы проживаете** *(Интервьюер! Запишите полное название специализированного учреждения, где проживает респондент)*	_____ _____ _____ _____
ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОМОЩНИКОВ (РОДСТВЕННИКОВ ИЛИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ)		
107.	**Фамилия**_____ **Имя**_____ **Отчество**_____	
108.	**Пол**	1. ☐ муж. 2. ☐ жен.
109.	**Дата рождения**	число_____ месяц_____ год_____
110.	**Контактная информация**	Телефон (_____) _____ Мобильный телефон _____ Электронная почта_____

Приложение 5. Согласие на обработку персональных данных

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Интервьюер! При необходимости поясните, что паспортные данные спрашиваются, т.к. в соответствии с Федеральным законом РФ от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» согласие на обработку персональных данных субъекта должно включать ФИО, адрес, личную подпись, номер основного документа, удостоверяющего личность, а также сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе.

ДЛЯ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО И ДЕЕСПОСОБНОГО РЕСПОНДЕНТА

Я, _____ (ФИО)
проживающий по адресу: _____
паспорт: серия _____ № _____выдан (кем и когда)
_____
_____,

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе, даю свое согласие на обработку любым не запрещенным законом способом всех указанных в настоящей анкете персональных данных.
Указанные выше персональные данные предоставляются для целей:
- формирования и сопровождения базы данных в рамках проведения Всероссийской переписи слепоглухих людей;
- оказания благотворительной помощи;
- предоставления образовательной, научной, медицинской и любой другой информации, являющейся частью социальной программы для слепоглухих людей, а также материалов в письменной, печатной, электронной, устной и любой другой соответствующей форме, посредством электронной почты, обычной или курьерской почты, телефонных звонков, СМС-сообщений, сообщений в социальных сетях Интернет, лично и/или любым иным соответствующим способом;
- приглашения на образовательные, благотворительные и иные мероприятия, направленные на поддержку и улучшение положения слепоглухих людей, а также обеспечения участия в таких мероприятиях.

Согласие дано Благотворительному фонду «Фонд поддержки слепоглухих «Со-единение», а также нижеперечисленным лицам, которым Благотворительный фонд «Фонд поддержки слепоглухих «Со-единение» поручает обработку персональных данных для исполнения ими указанных выше целей и на период исполнения ими соответствующих функций:
- ООО «ТЕЛЕКОНТАКТ» (call-центр);
- АНО «Редакция журнала «Ваш собеседник»;
- МООИ – ОСПГ «Эльвира».

Данное согласие может быть отозвано на основании письменного заявления в адрес Благотворительного фонда «Фонд поддержки слепоглухих «Со-единение», при этом прекращение обработки и уничтожение персональных данных осуществляются в сроки и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

Дата: «____» _____ 2019 г.

Подпись: _____/_____/

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОПЕКУНА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО И/ИЛИ НЕДЕЕСПОСОБНОГО РЕСПОНДЕНТА

Я, _____ (ФИО)
проживающий по адресу: _____

паспорт: серия _____ № _____выдан (кем и когда)
_____

_____,

являюсь законным представителем несовершеннолетнего и/или недееспособного (ФИО)

_____

и в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку любым не запрещенным законом способом всех указанных в настоящей анкете персональных данных моего ребенка/подопечного.
Указанные выше персональные данные предоставляются для целей:
- формирования и сопровождения базы данных в рамках проведения Всероссийской переписи слепоглухих людей;
- оказания благотворительной помощи;
- предоставления образовательной, научной, медицинской и любой другой информации, являющейся частью социальной программы для слепоглухих людей, а также материалов в письменной, печатной, электронной, устной и любой другой соответствующей форме, посредством электронной почты, обычной или курьерской почты, телефонных звонков, СМС-сообщений, сообщений в социальных сетях Интернет, лично и/или любым иным соответствующим способом;
- приглашения на образовательные, благотворительные и иные мероприятия, направленные на поддержку и улучшение положения слепоглухих людей, а также обеспечения участия в таких мероприятиях.

Согласие дано Благотворительному фонду «Фонд поддержки слепоглухих «Со-единение», а также нижеперечисленным лицам, которым Благотворительный фонд «Фонд поддержки слепоглухих «Со-единение» поручает обработку персональных данных для исполнения ими указанных выше целей и на период исполнения ими соответствующих функций:
- ООО «ТЕЛЕКОНТАКТ» (call-центр);
- АНО «Редакция журнала «Ваш собеседник»;
- МООИ – ОСПГ «Эльвира».

Данное согласие может быть отозвано на основании письменного заявления в адрес Благотворительного фонда «Фонд поддержки слепоглухих «Со-единение», при этом прекращение обработки и уничтожение персональных данных осуществляются в сроки и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

Дата: «____» _____ 2019 г.

Подпись: _____/_____/

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ ПОМОЩНИКА

Я, _____
(ФИО)

паспорт: серия _____ № _____выдан (кем и когда) _____

_____

_____,

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе, даю свое согласие на обработку любым не запрещенным законом способом всех указанных в настоящей анкете персональных данных.
Указанные выше персональные данные предоставляются для целей:
- формирования и сопровождения базы данных в рамках проведения Всероссийской переписи слепоглухих людей;
- оказания благотворительной помощи;
- предоставления образовательной, научной, медицинской и любой другой информации, являющейся частью социальной программы для слепоглухих людей, а также материалов в письменной, печатной, электронной, устной и любой другой соответствующей форме, посредством электронной почты, обычной или курьерской почты, телефонных звонков, СМС-сообщений, сообщений в социальных сетях Интернет, лично и/или любым иным соответствующим способом;
- приглашения на образовательные, благотворительные и иные мероприятия, направленные на поддержку и улучшение положения слепоглухих людей, а также обеспечения участия в таких мероприятиях.

Согласие дано Благотворительному фонду «Фонд поддержки слепоглухих «Со-единение», а также нижеперечисленным лицам, которым Благотворительный фонд «Фонд поддержки слепоглухих «Со-единение» поручает обработку персональных данных для исполнения ими указанных выше целей и на период исполнения ими соответствующих функций:
- ООО «ТЕЛЕКОНТАКТ» (call-центр);
- АНО «Редакция журнала «Ваш собеседник»;
- МООИ – ОСПГ «Эльвира».

Данное согласие может быть отозвано на основании письменного заявления в адрес Благотворительного фонда «Фонд поддержки слепоглухих «Со-единение», при этом прекращение обработки и уничтожение персональных данных осуществляются в сроки и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

Дата: «____» _____ 2019 г.

Подпись: _____/_____/