

**FORMULARZ POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Projekt pt. „AKTYWNA INTEGRACJA - AZYMUT – PRACA”

nr FEMA.08.01-IP.01-080I/25 realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027; Priorytet VIII Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na Mazowszu; Działanie 8.1 Aktywizacja społeczna i zawodowa.

Imię i nazwisko Kandydata/teki	
PESEL	

UWAGI KANDYDATÓW/-EK Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ZWIĄZANE Z POTENCJALNYM UCZESTNICTWEM W PROJEKCIE UMOŻLIWIAJĄCE UDZIAŁ NA TAKICH SAMYCH WARUNKACH JAK INNI UCZESTNICZY PROJEKTU

1. Jestem osobą z niepełnosprawnością	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Niepełnosprawność potwierdzona:	
<input type="checkbox"/> ORZECZENIE	<input type="checkbox"/> INNY DOKUMENT
3. Czy ma Pan/i specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):	
<input type="checkbox"/> przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych: <input type="checkbox"/> alternatywne formy materiałów (np. z użyciem alfabetu Braille'a itp.): <input type="checkbox"/> zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie: <input type="checkbox"/> zapewnienie tłumacza języka migowego: <input type="checkbox"/> specjalne wyżywienie (wymagana dieta): <input type="checkbox"/> inne:	
4. Jakie trudności ma Pan/ Pani ze względu na swoją niepełnosprawność? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):	
<input type="checkbox"/> samodzielne poruszanie się, <input type="checkbox"/> czytanie i rozumieniem tekstu, <input type="checkbox"/> komunikowanie się z otoczeniem, <input type="checkbox"/> trudności emocjonalne, <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> nie mam	



**5. Z jakiego sprzętu rehabilitacyjnego korzysta Pan/Pani na co dzień?
(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)**

- z balkonika,
- z kul,
- z wózka inwalidzkiego,
- z aparatu słuchowego,
- z białej laski,
- pies przewodnik,
- z innych (jakich?).....
- nie korzystam

6. Czy będzie Panu/Pani potrzebna osoba (asystent), która pomoże podczas udziału we wsparciu oferowanym w projekcie? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

- podczas przemieszczania się (np. do miejsca szkolenia i z powrotem),
- w komunikowaniu się z otoczeniem,
- w tłumaczeniu na język migowy,
- w nauce,
- w zastępczej opiece nad osobą z niepełnosprawnością (w tym dzieckiem/dziećmi),
- inne.....
- nie potrzebuje

.....

(miejsowość, data)

.....

(Podpis Kandydata/Kandydatki)