**DIAGNOZA POTRZEB OSÓB z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

w ramach projektu pn. „Mam pracę” nr RPDS.08.02.00-02-0124/18

*Prosimy o wypełnienie ankiety, której celem jest zdiagnozowanie zapotrzebowania osób z niepełnosprawnościami do pełnego uczestnictwa w ramach oferowanego wsparcia.*

**Imię i nazwisko:** ………………………………………………….………………………………………………………………………………

Rodzaj niepełnosprawności:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| niepełnosprawność **intelektualna** w stopniu:⬜ lekkim⬜ umiarkowanym⬜ znacznym | niepełnosprawność **fizyczna** w stopniu:⬜ lekkim⬜ umiarkowanym⬜ znacznym | **upośledzenie narządów zmysłu** (wzrok, słuch,) w stopniu:⬜ lekkim⬜ umiarkowanym⬜ znacznym |

1.Czy potrzebuje Pan/Pani zapewnienia specjalistycznego transportu umożliwiającego dojazd (tam i z powrotem) do miejsca realizacji oferowanego wsparcia?

|  |
| --- |
|  |
|   |

Tak

Nie

3. Czy potrzebuje Pan/Pani alternatywnych form przygotowania materiałów dydaktycznych, (materiałów szkoleniowych)?

|  |
| --- |
|  |
|   |

Tak

Nie

W przypadku zaznaczenia „TAK” proszę doprecyzować rodzaj dostosowania materiałów (np. wersje elektroniczne dokumentów, wersje w druku powiększonym, wersje pisane alfabetem Braille’a, wersje w języku łatwym, nagranie tłumaczenia na język migowy na nośniku elektronicznym, ect.):

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

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

4. Czy potrzebuje Pan/Pani wsparcia w postaci: Asystenta osoby niepełnosprawnej / Tłumacza języka migowego / Przewodnika dla osoby mającej trudności w widzeniu, ect.?

|  |
| --- |
|  |
|   |

Tak

Nie

W razie zaznaczenia „TAK” proszę doprecyzować rodzaj wsparcia bądź wymienić inny, niewskazany w powyższym katalogu:

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

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

5. Czy potrzebuje Pan/Pani wydłużonego czasu wsparcia, wynikającego np. z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust, stosowania języka łatwego, ect.?

|  |
| --- |
|  |
|   |

Tak

Nie

6. Czy posiada Pan/Pani specjalne preferencje żywieniowe wynikające z Pana/Pani niepełnosprawności.

|  |
| --- |
|  |
|   |

Tak (jakie……………………………………………………………………………………………………………………………………..)

Nie

7. W razie nieuwzględnienia w naszej ankiecie rodzaju wsparcia, które jest niezbędne dla Pana/Pani do pełnego uczestnictwa w projekcie, prosimy o wskazanie poniżej:

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

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

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