

Załącznik nr 12 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

„Inkubator sukcesu – przedsiębiorczość na terenie ROF”

współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanym przez
ISOFT Grzegorz Lasek, ul. Piwonii 12, 35-604 Rzeszów, na podstawie Umowy o dofinansowanie projektu
nr RPPK.07.07.00-18-0003/20-00, zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w ramach Regionalnego Programu
Operacyjnego Województwa Podkarpackiego Osi Priorytetowej VII Regionalny rynek pracy, Działania 7.7 - Wsparcie rozwoju
przedsiębiorczości - Zintegrowane Inwestycje Terytorialne

ANKIETA POTRZEB - KONIECZNE USPRAWNIENIA DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

UWAGA:

1. Wszystkie pola muszą być wypełnione.
2. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem X¹.

Uwagi Kandydatów/-tek z niepełnosprawnością związane z potencjalnym uczestnictwem w Projekcie umożliwiające udział na takich samych warunkach jak inni Uczestnicy/-czki projektu. (Poniżej proszę wpisać jakie):			
1. Czy jest Pani/Pan osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim/wózku inwalidzkim elektrycznym?	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
2. Czy ma Pani/Pan specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w Projekcie (np. niedowład kończyn, niedowidzenie, niedosłuch)?	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:			☐ nie dotyczy
Alternatywne formy materiałów (np. z użyciem alfabetu Braille'a itp.):			☐ nie dotyczy
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:			☐ nie dotyczy
Zapewnienie pomocy przy wypełnianiu dokumentów rekrutacyjnych			☐ nie dotyczy
Zapewnienie tłumacza języka migowego:			☐ nie dotyczy
Specjalne wyżywienie (wymagana dieta):			☐ nie dotyczy
Inne:			☐ nie dotyczy
3. Czy posiada Pani/ Pan trudności ze względu na swoją niepełnosprawność? Jeżeli TAK to jakie?	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
samodzielne poruszanie się	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
czytanie i rozumienie tekstu	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
komunikowanie się z otoczeniem	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
trudności emocjonalne	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
inne.....	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
4. Czy korzysta Pani/Pan na co dzień sprzętu rehabilitacyjnego? Jeżeli TAK to jakiego?	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
z balkonika	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
z kul	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
z wózka inwalidzkiego	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy

¹ Należy prawym przyciskiem myszki kliknąć we „Właściwości”, następnie „Zaznaczone”, na koniec zatwierdzić „OK”.

z aparatu słuchowego	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
z białej laski	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
pies przewodnik	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
z innych (jakich?).....	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
5. Czy będzie Pani/Panu potrzebna osoba (asystent), która pomoże podczas udziału we wsparciu oferowanym w Projekcie? Jeżeli TAK to w jakim zakresie?	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
podczas przemieszczania się (np. do miejsca szkolenia i z powrotem)	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
w komunikowaniu się z otoczeniem	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
w tłumaczeniu na język migowy	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
w nauce	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
w zastępczej opiece nad osobą z niepełnosprawnością (w tym dzieckiem/dziećmi)	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy
Inne	☐ TAK	☐ NIE	☐ nie dotyczy

.....
Data

.....
podpis Uczestnika/-czki Projektu