

**ANKIETA DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

„Kwalifikacje drogą do sukcesu”

RPZP.08.06.00-32-K068/18

Zwracamy się z serdeczną prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, odpowiedzi pozwolą nam zapewnić dostępność projektu zgodnie z Pana/ Pani preferencjami.

<b>ANKIETA DOTYCZĄCA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	
<b>Imię i nazwisko:</b>	.....
Proszę zaznaczyć i opisać jakie ma Pan/ Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności i związane z uczestnictwem w projekcie	<p>Proszę o podanie stopnia niepełnosprawności i symbolu schorzenia</p> <p>Stopień:  <input type="checkbox"/> lekki  <input type="checkbox"/> umiarkowany  <input type="checkbox"/> znaczny</p> <p>Symbol .....</p>
	<p>Czy jest Pan/ Pani osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Czy korzysta Pan/Pani z pomocy psa przewodnika?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb związanych z obecnością psa przewodnika:            .....            .....            .....</p>
	<p>Czy korzysta Pan/Pani z pomocy przewodnika / asystenta?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb związanych z obecnością przewodnika / asystenta:            .....            .....            .....</p>
	<p>Czy ma Pan/ Pani specjalne potrzeby</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>



	wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie ?	Jeśli zaznaczono TAK proszę odpowiedzieć na poniższe pytania
	Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb: ..... ..... ..... .....
	Alternatywne formy materiałów:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb: ..... ..... ..... .....
	Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb: ..... ..... ..... .....
	Zapewnienie tłumacza języka migowego:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb: ..... ..... ..... .....
	Inne:	..... ..... ..... .....

.....

data, podpis