



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji Uczestników do projektu – Ankieta diagnozy potrzeb osób niepełnosprawnych

## Ankieta diagnozy potrzeb osób niepełnosprawnych umożliwiająca organizację specjalistycznego wsparcia w ramach projektu „Szansa na biznes”

Prosimy o wypełnienie ankiety, której celem jest zdiagnozowanie potrzeb osób niepełnosprawnych związanych z uczestnictwem w projekcie.

IMIĘ I NAZWISKO: .....

### Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe):

Niepełnosprawność fizyczna w stopniu: a) lekkim b) umiarkowanym c) znacznym

Upośledzenie narządów zmysłu (wzrok, słuchu) w stopniu: a) lekkim b) umiarkowanym c) znacznym

Niepełnosprawność intelektualna w stopniu: a) lekkim b) umiarkowanym c) znacznym

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

Tak  Nie

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

Tak \*  Nie

\* 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, itp.):

.....  
.....

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

Tak \*  Nie

\* Proszę doprecyzować rodzaj wsparcia bądź wymienić inny, niewskazany w powyższym katalogu:

.....  
.....

4. 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, itp.?

Tak \*  Nie

W przypadku nieuwzględnienia w niniejszej ankiecie rodzaju wsparcia, które jest niezbędne dla Pana/Pani do pełnego uczestnictwa w projekcie, prosimy o wskazanie poniżej:

.....  
.....