



ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY BADAJĄCY POTRZEBY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

(możliwość uzupełnienia formularza przez kadrę projektu na podstawie przeprowadzonych rozmów indywidualnych)

Tytuł i numer projektu	„Efektywni, gdy aktywni!” POWR.01.04.00-00-0035/18
Beneficjent	Fundacja Rozwoju Społeczeństwa Wiedzy „THINK!”
Priorytet	I. Osoby młode na rynku pracy
Działanie	1.4 Młodzież solidarna w działaniu
DANE UCZESTNIKA	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	

1. Grupa/stopień niepełnosprawności:
2. Kod:
3. Rodzaj niepełnosprawności:
 - a) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo-rdzeniowa)
 - b) dysfunkcja narządu wzroku
 - c) zaburzenia psychiczne
 - d) dysfunkcje o podłożu neurologicznym
 - e) dysfunkcje narządu mowy i słuchu
 - f) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

4. Czy porusza się Pan/Pani:

W domu	<input type="checkbox"/> Samodzielnie	<input type="checkbox"/> Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	<input type="checkbox"/> Nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
Poza miejscem zamieszkania	<input type="checkbox"/> Samodzielnie	<input type="checkbox"/> Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	<input type="checkbox"/> Nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych



5. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania potrzebne jest czyjeś wsparcie:

- NIE
- TAK

Typ potrzebnego wsparcia:

.....
.....

6. Z kim Pan(i) mieszka?

.....
.....

7. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

.....
.....

8. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

.....
.....

9. Czy może Pan(i) liczyć na pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu codziennych czynności? Jeśli tak to jakie są to osoby i w jakich czynnościach pomagają:

.....
.....

10. Co najbardziej utrudnia Panu(i) uczestnictwo w szkoleniach:

.....
.....
.....
.....



11. Jakiego wsparcia Pan(i) oczekiwałby, aby móc uczestniczyć w projekcie (proszę zaznaczyć):

- Tłumacz języka migowego
- Asystent Osoby Niepełnosprawnej
- Specjalistyczne oprogramowanie (wymaga uszczegółowienia)

.....
.....

- Transport specjalisty (wymaga uszczegółowienia)

.....
.....

- Specjalne potrzeby żywieniowe (wymaga uszczegółowienia)

.....
.....

- Specjalne warunki w miejscu realizacji projektu (wymaga uszczegółowienia)

.....
.....

- Dostosowane materiały szkoleniowe do indywidualnych potrzeb (wymaga uszczegółowienia)

.....
.....

- Inne (wymaga uszczegółowienia)

.....
.....
.....
.....

Miejsce na dodatkowe uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....