**Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie**

**ANKIETA[[1]](#footnote-1) POTRZEB/ USPRAWNIEŃ DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ w ramach projektu „Równość Szans i Nowoczesne Zarządzanie Podstawą Rozwoju Firm z Województwa Podkarpackiego”**

**Tytuł projektu:** Równość Szans i Nowoczesne Zarządzanie Podstawą Rozwoju Firm z Województwa Podkarpackiego

**Numer Projektu:** FEPK.07.08-IP.01-0064/23

**Okres realizacji:** 01.05.2024 r. – 30.09.2025 r.

Ankieta ma na celu poznanie rzeczywistych potrzeb osób z niepełnosprawnością i dzięki temu ułatwi udział we wszystkich formach wsparcia w ramach w/w projektu.

|  |
| --- |
| 1. Czy jest Pani/Pan osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim/wózku inwalidzkim elektrycznym? |
| TAK  NIE |
| 2. Czy ma Pani/Pan specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie (np. paraliż kończyn górnych, głuchość)? |
| TAK  NIE |
| Poniżej proszę wybrać odpowiednie, jeśli zaznaczono tak:  Sale szkoleniowe dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (podjazd/winda, sala zlokalizowana na parterze)  Alternatywne formy materiałów (np. z użyciem alfabetu Braille`a itp. albo materiały w wersji elektronicznej)  Duża czcionka  Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie  Zapewnienie tłumacza języka migowego  Zapewnienie osobistego asystenta/wolontariusza współpracującego z osobami z niepełnosprawnościami oraz uwzględniającego ich potrzeby podczas zajęć  Inne ………………………………………………………………………………… |
| 3. Jakie trudności ma Pani/ Pan ze względu na swoją niepełnosprawność? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): |
| samodzielne poruszanie się  czytanie i rozumieniem tekstu  komunikowanie się z otoczeniem  trudności emocjonalne  inne…………………………………………………………………………………  nie mam |
| 4. Inne specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności nie ujęte powyżej |
| ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

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

*Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata/ki do Projektu*

1. Ankietę wypełniają wszystkie osoby z niepełnosprawnością, które kandydują na Uczestników Projektu. [↑](#footnote-ref-1)