



Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**ANKIETA¹ 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?	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Czy ma Pani/Pan specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie (np. paraliż kończyn górnych, głuchość)?	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Poniżej proszę wybrać odpowiednie, jeśli zaznaczono tak:</p> <p><input type="checkbox"/> Sale szkoleniowe dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (podjazd/winda, sala zlokalizowana na parterze)</p> <p><input type="checkbox"/> Alternatywne formy materiałów (np. z użyciem alfabetu Braille'a itp. albo materiały w wersji elektronicznej)</p> <p><input type="checkbox"/> Duża czcionka</p> <p><input type="checkbox"/> Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie</p> <p><input type="checkbox"/> Zapewnienie tłumacza języka migowego</p> <p><input type="checkbox"/> Zapewnienie osobistego asystenta/wolontariusza współpracującego z osobami z niepełnosprawnościami oraz uwzględniającego ich potrzeby podczas zajęć</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p>	

¹ Ankietę wypełniają wszystkie osoby z niepełnosprawnością, które kandydują na Uczestników Projektu.



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