ZAŁĄCZNIK NR 7: ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY BADAJĄCY POTRZEBY OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Tytuł i numer projektu:	Profesjonalne kształcenie zawodowe kluczem do sukcesu na rynku pracy II RPDS.10.04.01-02-0020/18
Priorytet:	10. Edukacja
Działanie:	10.4 Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy
Poddziałanie	10.4.1 Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy-konkursy horyzontalne

Proszę wypełnić tylko białe pola

CZ. I DANE KANDYDATA/KANDYDATKI	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Data urodzenia	
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:

□ Samodzielnie

□ Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

□ Nie porusza się samodzielne, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

Poza miejscem zamieszkania:

□ Samodzielnie

□ Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.

□ Nie porusza się samodzielne, ani z pomocą sprzętów ortopedyczny

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 z Niepełnosprawnościami

□ 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:

……

……