

**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/stożęć niepełnosprawności:

2. Kod:

3. Rodzaj niepełnosprawności:

a) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózżowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przeżyta przepuklina oponoworzeniowa)

b) dysfunkcja narządu wzroku

c) zaburzenia psychiczne

d) dysfunkcje o podłożu neurologicznym

e) dysfunkcje narządu mowy i słucho

f) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne



4. Czy porusza się Pan/Pani:

W domu:

- Samodzielnie
- Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.
- Nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

Poza miejscem zamieszkania:

- Samodzielnie
- Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.
- 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 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:

.....

.....