



Ankieta potrzeb/usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami
projekt pn. „Konkurencyjni na rynku!” nr projektu: FELU.09.02-IP.02-0027/24

Celem niniejszej ankiety jest poznanie rzeczywistych potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz ułatwienie udziału we wsparciu oferowanym w ramach projektu. Ankiety uzupełniają wszyscy niepełnosprawni kandydaci na Uczestników/Uczestniczki Projektu

Imię i nazwisko Kandydata/ki

1. Jakie problemy/bariery wynikające z posiadanej niepełnosprawności dostrzega Pan/Pani w związku ze swoim udziałem w projekcie ?

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

2. Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z posiadanej niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu ?

Prosimy o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi.

a) Biorąc pod uwagę moją niepełnosprawność potrzebuję usprawnień architektonicznych budynku w którym będą realizowane zajęcia w ramach projektu

☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

.....
.....

b) Biorąc pod uwagę moją niepełnosprawność potrzebuję usprawnień architektonicznych w pomieszczeniach/salach w którym będą realizowane zajęcia w ramach projektu

☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

.....
.....



c)Biorąc pod uwagę moją niepełnosprawność potrzebuję usprawnień w zakresie formy przekazywanych mi materiałów szkoleniowych/dydaktycznych w ramach projektu

☐ TAK

☐ NIE

☐ ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

.....

.....

d)Biorąc pod uwagę moją niepełnosprawność potrzebuję, aby zapewniane w ramach projektu posiłki uwzględniały moją dietę wynikającą z uwarunkowań zdrowotnych:

☐ TAK

☐ NIE

☐ ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

.....

.....

.....

.....

Miejscowość, data

Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki do projektu