**Ankieta potrzeb/usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami** Celem niniejszej ankiety jest poznanie rzeczywistych potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz ułatwienie udziału we wsparciu oferowanym w ramach projektu:

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer projektu** | RPMP.08.02.00-12-0147/20 |
| **Tytuł projektu** | „RAZEM możemy więcej! II”  |

**Imię** …………………………………………….

**Nazwisko** ……………………………………..

1. **Jakie problemy/bariery wynikające z posiadanej niepełnosprawności dostrzega Pan/Pani z 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?**

* Biuro Projektu dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami
* Sale szkoleniowe dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami:
* Podjazd/winda, sala zlokalizowana na parterze
* Wyposażenie sali dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami
* Inne, jakie…………………………………………………………………………………………
* Możliwość telefonicznego wypełnienia formularza zgłoszeniowego
* Zapewnienie materiałów szkoleniowych ułatwiających komunikację:
* duża czcionka
* kontrast
* wydruk materiałów
* materiały w wersji elektronicznej
* inne, jakie……………………………………………………………………….................
* zapewnienie trenera współpracującego z osobami z niepełnosprawnościami oraz uwzględniającego ich potrzeby
* Inne, jakie………………………………………………………………………………………
* Nie posiadam potrzeb wynikających z posiadanej niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić mi udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu

……….……………………………………… Data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki