



Załącznik nr 1 c do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

ANALIZA POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Przyczyna niepełnosprawności (kod) - PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZGODNIE Z ORZECZENIEM
<input type="checkbox"/> 05-R - narząd ruchu
<input type="checkbox"/> 04-0 - narząd wzroku
<input type="checkbox"/> 03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
<input type="checkbox"/> 01-U - upośledzenie umysłowe
<input type="checkbox"/> 07-S - choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 10-N - choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 09-M - choroby układu moczowo-płciowego
<input type="checkbox"/> 02-P - choroby psychiczne
<input type="checkbox"/> 06-E - epilepsja
<input type="checkbox"/> 08-T - choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> 12-C - całościowe zaburzenia rozwojowe
<input type="checkbox"/> 11-I - inne
<input type="checkbox"/> w orzeczeniu nie wskazano przyczyny niepełnosprawności

Proszę wskazać, które z usprawnień mogą pomóc w korzystaniu ze wsparcia w ramach projektu	
<input type="checkbox"/> specjalistyczny transport na miejsce realizacji wsparcia	
<input type="checkbox"/> dostosowania architektoniczne budynku	
w tym:	<input type="checkbox"/> budowa podjazdów
	<input type="checkbox"/> montaż platform, wind, podnośników
<input type="checkbox"/> oznakowanie budynku elementami kontrastowymi i wypukłymi	
<input type="checkbox"/> dostosowania infrastruktury komputerowej (np. program powiększający, mówiący)	
<input type="checkbox"/> alternatywne formy przygotowania materiałów projektowych	
w tym:	<input type="checkbox"/> wersje elektroniczne dokumentów
	<input type="checkbox"/> wersje pisane alfabetem Braille'a
	<input type="checkbox"/> wersje w druku powiększonym
<input type="checkbox"/> nagranie tłumaczenia na język migowy na nośniku elektronicznym	
<input type="checkbox"/> dostosowanie akustyczne (systemy wspomagające słyszenie)	
<input type="checkbox"/> asystent tłumaczący na język łatwy	
<input type="checkbox"/> asystent osoby z niepełnosprawnością	
<input type="checkbox"/> tłumacz języka migowego lub tłumacz-przewodnik	
<input type="checkbox"/> przewodnik dla osoby mającej trudności w widzeniu	
<input type="checkbox"/> inne	
Jakie? Proszę wskazać inne usprawnienia.	

.....
Data

.....
Czytelny podpis Kandydata do projektu

.....
Czytelny podpis Rodzica/ Opiekuna prawnego
(gdy Kandydat na dzień składania dokumentów
jest niepełnoletni)