



ANALIZA POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

| Przyczyna niepełnosprawności (kod) - PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZGODNIE Z ORZECZENIEM |
|---|
| <input type="checkbox"/> 05-R - narząd ruchu |
| <input type="checkbox"/> 04-O - 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"/> alternatywnych form 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 łątwy | |
| <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 Uczestnika Projektu