



Załącznik 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**ANALIZA POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

<b>Przyczyna niepełnosprawności (kod) - PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZGODNIE Z ORZECZENIEM</b>		
<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		
<b>Proszę wskazać, które z usprawnień mogą pomóc w korzystaniu ze wsparcia w ramach projektu:</b>		
<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. <b>program powiększający, mówiący</b> )		
<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		
<input type="checkbox"/> nie potrzebuje zapewnienia żadnych usprawnień		
Jakie? Proszę wskazać inne usprawnienia.		
.....		

.....  
Data i podpis Kandydata do projektu