**ANKIETA**

**SPECJALNE POTRZEBY/ PREFERNECJE/ DOSTĘPNOŚĆ**

1. Proszę o wskazanie jakie ma Pan/i specjalne potrzeby wynikające
z niepełnosprawności ?
2. Czy potrzebuje Pan/i wsparcia Opiekuna/Asystenta osoby z niepełnosprawnością?

🞏 tak

🞏 nie

1. Czy jest Pan/i osobą pełniącą funkcje opiekuńcze na dzieckiem lub osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu?

🞏 tak

🞏 nie

jeśli zaznaczono tak to czy chce Pan/i skorzystać z możliwości sfinansowania opieki poprzez przyznanie Panu/i wsparcia towarzyszącego w trakcie udziału w projekcie?

🞏 tak

🞏 nie

🞏 nie dotyczy

1. Czy w związku z Pana/i niepełnosprawnością istnieją jakiekolwiek przesłanki uniemożliwiające udział w danym typie wsparcia (szkolenie itp.)?

🞏 tak

🞏 nie

jeśli tak to proszę je opisać:

1. Czy został Pan/i poinformowany/a w sposób zrozumiały i przejrzysty na etapie rekrutacji do projektu o przysługujących Panu/i prawach i uprawnieniach w związku
z uczestnictwem w projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus?

🞏 tak

🞏 nie

jeśli nie to proszę opisać czego Panu/i zabrakło:

7. Proszę opisać, jakie inne specjalne potrzeby wynikające z Pani/Pana niepełnosprawności Pan/Pani posiada, jakie udogodnienia powinny zostać zapewnione w ramach projektu?

Imię i nazwisko: ……………………………………………………….

Data:………………………………………………………..

Podpis:……………………………………………………..