



ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
w projekcie pt. AKADEMIA POZYTYWNEJ ZMIANY nr RPDS. 09.01.01-02-0193/20

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Grupa/stożenie niepełnosprawności:

6. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności: _____

- 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa),
- 2) dysfunkcja narządu wzroku,
- 3) zaburzenia psychiczne,
- 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
- 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
- 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne,

7. Czy porusza się Pan(i):

- Samodzielnie
 Z pomocą sprzętów ortopedycznych

8. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

.....
.....

9. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania i poza nim?

.....
.....
.....

10. Czy potrzebuje Pani wsparcia ze strony trenera pracy w procesie aktywizacji zawodowej i umożliwienia uczestnictwa w projekcie?

TAK NIE

OCZEKIWANIA WOBEC TRENERA PRACY:

Prosimy o określenie cech trenera pracy, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

1. Płeć: 2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

.....
.....

4. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani trener pracy? Czego Pan(i) od niego oczekuje?

.....
.....

5. W jakich godzinach/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

.....

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....

POZOSTAŁE POTRZEBY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Proszę wskazać pozostałe potrzeby względem udziału w projekcie (oferowanego wsparcia/ miejsc realizacji) i przyszłej aktywizacji zawodowej wynikające z posiadanej przez Pana / Panią niepełnosprawności.

.....
.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ankiecie diagnostycznej dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i realizacji projektu (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

Data:

.....

Podpis Uczestnika/-czki:

.....