



„IGŁA – Mazowiecki Aflatoun dla LGD „Ziemia Chełmońskiego” RWS

Załącznik nr 7 Formularz potrzeb dla osób z niepełnosprawnościami

FORMULARZ POTRZEB DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

w ramach projektu „IGŁA - Mazowiecki Aflatoun dla LGD „Ziemia Chełmońskiego” RWS”

nr FEMA.08.01-IP.01-08M6/25

Organizator Projektu „IGŁA - Mazowiecki Aflatoun dla LGD „Ziemia Chełmońskiego” RWS” nr FEMA.08.01-IP.01-08M6/25 zapewnia dostępność projektu dla osób z niepełnosprawnościami. W projekcie istnieje możliwość skorzystania z usług dostępowych takich jak tłumacz języka migowego, asystent osoby z niepełnosprawnością, materiały szkoleniowe w formie dostępnej (np. elektronicznej z możliwością powiększenia druku lub odwrócenia kontrastu) lub inne w zależności od potrzeb osób zgłaszających. Prosimy o wskazanie specjalnych potrzeb związanych z uczestnictwem w projekcie:

1. Wsparcie techniczne lub organizacyjne

1) Czy potrzebujesz dostosowania miejsca zajęć (np. podjazdy, windy, szerokie drzwi)?

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę opisać, jakie:

.....

2) Czy potrzebujesz specjalnego sprzętu, który ułatwi Ci uczestnictwo w zajęciach (np. komputer z oprogramowaniem wspomagającym, lupa)?

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę opisać, jakie:

.....

3) Czy masz specjalne potrzeby związane z transportem na miejsce zajęć (np. transport dostosowany dla osób poruszających się na wózkach, bliskość parkingu)?

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę opisać, jakie:

.....

2. Wsparcie osobowe lub komunikacyjne

1) Czy potrzebujesz pomocy asystenta osobistego podczas zajęć (np. pomoc w poruszaniu się, tłumaczenie na język migowy, lektor, wsparcie w wypełnianiu dokumentów)?

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę opisać, jakie:

.....

2) Czy potrzebujesz dokumentów w formie dostosowanej do potrzeb (np. wersja Braille’a, powiększona czcionka, wersja cyfrowa, audio)?

TAK



„IGŁA – Mazowiecki Aflatoun dla LGD „Ziemia Chełmońskiego” RWS

NIE

Jeśli tak, proszę opisać, jakie:

.....

3. Dostosowanie zajęć

1) Czy potrzebujesz wydłużenia czasu trwania zajęć lub przerw (np. przerwy o określonej częstotliwości)?

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę opisać, jakie:

.....

2) Czy masz inne potrzeby dotyczące organizacji zajęć (np. określone pory dnia, krótsze spotkania, częstsze spotkania)?

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę opisać, jakie:

.....

4. Inne potrzeby

Czy istnieją inne potrzeby związane z posiadaną niepełnosprawnością, które nie zostały uwzględnione powyżej, a które mogą wpłynąć na Twoje uczestnictwo w projekcie?

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę opisać swoje potrzeby:

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

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki