

INSPIRES Sp. z o. o. oraz Stowarzyszenie Podwórkowe Anioły realizuje projekt „Czas na zmianę !” dofinansowany z Funduszy Europejskich w ramach działania 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020

Analiza potrzeb w zakresie usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami

w ramach projektu „Czas na zmianę !” RPMA.09.01.00-14-d376/19

Prosimy o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi:

1. Biorąc pod uwagę moją niepełnosprawność potrzebuję usprawnień architektonicznych budynku w którym będą realizowane zajęcia w ramach projektu

☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

.....

.....

.....

2. Biorąc pod uwagę moja niepełnosprawność potrzebuję usprawnień architektonicznych w pomieszczeniach/salach w którym będą realizowane zajęcia w ramach projektu

☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

.....

.....

.....

3. Biorąc pod uwagę moja niepełnosprawność potrzebuję usprawnień w zakresie formy przekazywanych mi materiałów szkoleniowych/dydaktycznych w ramach projektu

☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

.....

.....

INSPIRES Sp. z o. o. oraz Stowarzyszenie Podwórkowe Anioły realizuje projekt „Czas na zmianę!” dofinansowany z Funduszy Europejskich w ramach działania 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020

.....

4. Biorąc pod uwagę moją niepełnosprawność potrzebuję, aby zapewniane w ramach projektu posiłki uwzględniały moją dietę wynikającą z uwarunkowań zdrowotnych:

☐ TAK

☐ NIE

☐ ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

.....

.....

.....

5. Biorąc pod uwagę moją niepełnosprawność potrzebuję innych usprawnień w trakcie realizacji projektu niż wymienione powyżej w związku z rodzajem mojej niepełnosprawności

☐ TAK

☐ NIE

☐ ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

.....

Data, Czytelny podpis Kandydata/ki do projektu