|  |
| --- |
| Formularz potrzeb osób z niepełnosprawnością Projekt „Nowy Start” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa 05. Zatrudnienie Działanie 05.06. Adaptacyjność |
|  1. Czy w przypadku uczestnictwa w projekcie będą Panu/i potrzebne dodatkowe usprawnienia? *Proszę przy każdym z niżej wymienionych usprawnień zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE*. |
| Specjalistyczny transport na miejsce realizacji wsparcia | **€ TAK € NIE** |
| Dostosowanie architektoniczne budynków niedostępnych (np. zmiana miejsca realizacji projektu, budowa tymczasowych podjazdów, montaż platform, wind, podnośników, właściwe oznakowanie budynków poprzez wprowadzanie elementów kontrastowych i wypuklin celem właściwego oznakowania dla osób niewidomych i słabo widzących). | **€ TAK € NIE**Jeśli TAK, jakie ? ...…………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Dostosowanie infrastruktury komputerowej (np. wynajęcie lub zakup i instalacja programów powiększających, mówiących, kamer do kontaktu z osobą posługującą się językiem migowym, drukarek materiałów w alfabecie Braille’a) | **€ TAK € NIE**Jeśli TAK, jakie ? ...……………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Dostosowanie akustyczne (wynajęcie lub zakup i montaż systemów wspomagających słyszenie np. pętli indukcyjnych, systemów FM) | **€ TAK € NIE**Jeśli TAK, jakie ? ...……………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Asystent tłumaczący na język łatwy | **€ TAK € NIE** |
| Asystent osoby z niepełnosprawnością | **€ TAK € NIE** |
| Tłumacz języka migowego lub tłumacz - przewodnik | **€ TAK € NIE** |
| Przewodnik dla osoby mającej trudności w widzeniu | **€ TAK € NIE** |
| Alternatywne formy przygotowania materiałów projektowych (np. wersje elektroniczne dokumentów, wersje w druku powiększonym, wersje pisane alfabetem Braille’a , wersje w języku łatwym, nagranie tłumaczenia na język migowy na nośniku elektronicznym itp.) | **€ TAK € NIE**Jeśli TAK, jakie ? ...……………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Wydłużony czas wsparcia (wynikający np. z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust, stosowania języka łatwego itp.) | **€ TAK € NIE** |
| 2. W przypadku zaznaczenia w pytaniu 1 odpowiedzi „TAK” proszę o uzasadnienie konieczności poniesienia przez Beneficjenta kosztu wprowadzenia danego usprawnienia w ramach realizacji projektu „Nowy Start”.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
|  3. Czy istnieją inne problemy/ bariery/ potrzeby nieuwzględnione w powyższej ankiecie? |
| € TAK | **€ NIE** |
| Jeśli TAK, jakie?…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………….(miejscowość i data) | …………………………………………………………………….(podpis Kandydata) |