Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w zajęciach prowadzonych w ramach projektu „Doświadczanie różnorodności. Włączanie przez projektowanie.”

FORMULARZ POTRZEB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Niniejszym oświadczam, że:
Wyrażam/nie wyrażam zgodę (y) na przetwarzanie moich danych osobowych wrażliwych

……

(podpis)

INFORMACJE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Orzeczenie o niepełnosprawności	☐ TAK ☐ NIE
Stopień niepełnosprawności	☐ Lekki ☐ Umiarkowany ☐ Znaczny
Moment nabycia niepełnosprawności	☐ Niepełnosprawność wrodzona ☐ Niepełnosprawność nabyta jeśli tak – ile lat temu?.....
Rodzaj niepełnosprawności	☐ Wzroku ☐ Słuchu ☐ Ruchu ☐ Sprzężona (jaka?.....)
CZĘŚĆ DOTYCZĄCA POTRZEB UCZESTNIKÓW/-CZEK PROJEKTU ***W celu poznania preferencji, dostosowania sal do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz ułatwienia procesu rekrutacji prosimy o podanie następujących informacji:***	
Kto lub co umożliwi Pani/ Panu aktywny i pełny udział w zajęciach w ramach projektu?	☐ Asystent/ka – proszę opisać zakres jej działań : w trakcie zajęć: …… …… Po zajęciach: …… …… ☐ Tłumaczenie na język migowy

	Jakie? ☐ PJM ☐ SJM ☐ Inne…… ☐ Nie mam żadnych potrzeb w tym zakresie
Czy należy przystosować sale do potrzeb wynikających z Pani/Pana niepełnosprawności? Sala jest dostępna dla osób z niepełnosprawnością ruchu.	☐ Tak ☐ Nie Jeżeli tak, proszę podać w jaki sposób:…… ……
Jaki jest Pani/Pana zakres samodzielności w następujących czynnościach?	☐ Samodzielnie czytam ☐ Potrzebuję pomocy przy czytaniu Jakiej?…… ☐ Samodzielnie piszę ☐ Potrzebuję pomocy przy pisaniu Jakiej?…… ☐ Komunikuję się przez/za pomocą…… ☐ Samodzielnie się poruszam ☐ Potrzebuję pomocy w poruszaniu się Jakiej? W jakich sytuacjach?…… …… …… ☐ Inne……
Czy ma Pani/Pan dodatkowe uwagi dotyczące swojej niepełnosprawności, które ułatwiłyby Pani udział w szkoleniu?	☐ Tak ☐ Nie Jeżeli tak, proszę podać w jakie:…… ……

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych przy realizacji projektu „Doświadczanie różnorodności. Włączanie przez projektowanie”. Niniejszy formularz udostępniony będzie wyłącznie osobom prowadzącym zajęcia i kwalifikującym do uczestnictwa.		
Miejscowość:	Data:	Podpis:
Prosimy o przesyłanie wypełnionych formularzy mailem na adres: pu.wfp@asp.krakow.pl **Istnieje możliwość osobistego spotkania i przekazania zgłoszenia – należy zadzwonić pod numer: 12 299 20 46 w celu ustalenia miejsca i terminu.** **Odbiór każdego zgłoszenia potwierdzimy mailem lub telefonicznie, jeśli nie korzysta Pani/Pan z maila.**		