



**FORMULARZ POTRZEB / USPRAWNIENÍ DLA OSÓB  
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W RAMACH PROJEKTU  
„SZANSA DLA CIEBIE”**

Celem niniejszej ankiety jest ułatwienie osobom z niepełnosprawnościami udziału we wsparciu oferowanym w ramach projektu. Poniższa ankieta ma pomóc w poznaniu rzeczywistych potrzeb osób niepełnosprawnych.

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Telefon kontaktowy .....

1. Jakie problemy/bariery wynikające z niepełnosprawności widzi Pan/Pani w związku ze swoim udziałem w projekcie?

- mam problemy z poruszaniem się;
- mam problemy ze wzrokiem, potrzebuję materiałów szkoleniowych drukowanych ze zwiększoną czcionką (lub podręcznik audio);
- potrzebuję pomocy tłumacza języka migowego;
- inne, jakie?.....

2. Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Kandydata / Kandydatki  
lub opiekuna prawnego