

## ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY BADAJĄCY POTRZEBY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

(możliwość uzupełnienia formularza przez kadrę projektu na podstawie przeprowadzonych rozmów indywidualnych)

<b>Tytuł i numer projektu</b>	„PS. Szukam pracy!” RPWP.06.02.00-30-0077/18
<b>Beneficjent</b>	IDEA Innovation Sp. z o.o. Sp. k.
<b>Priorytet</b>	6. Rynek pracy
<b>Działanie</b>	6.2 Aktywizacja zawodowa
<b>DANE KANDYDATA</b>	
<b>Imię</b>	
<b>Nazwisko</b>	
<b>PESEL</b>	

1. Grupa/stopień niepełnosprawności: .....
2. Kod: .....
3. Rodzaj niepełnosprawności:
  - a) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo-rdzeniowa)
  - b) dysfunkcja narządu wzroku
  - c) zaburzenia psychiczne
  - d) dysfunkcje o podłożu neurologicznym
  - e) dysfunkcje narządu mowy i słuchu
  - f) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne
4. Czy porusza się Pan/Pani:

<b>W domu</b>	<input type="checkbox"/> Samodzielnie	<input type="checkbox"/> Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	<input type="checkbox"/> Nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
<b>Poza miejscem zamieszkania</b>	<input type="checkbox"/> Samodzielnie	<input type="checkbox"/> Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	<input type="checkbox"/> Nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych



5. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania potrzebne jest czyjeś wsparcie:

- NIE
- TAK

Typ potrzebnego wsparcia:

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

6. \*Z kim Pan(i) mieszka?

.....  
.....

7. \*W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

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

8. \*Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

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

9. \*Czy może Pan(i) liczyć na pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu codziennych czynności? Jeśli tak to jakie są to osoby i w jakich czynnościach pomagają:

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



10. Co najbardziej utrudnia Panu(i) uczestnictwo w różnych formach aktywizacji zawodowej (np. doradztwo, poradnictwo, szkolenia, staże):

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

11. Jakiego wsparcia Pan(i) oczekiwałby, aby móc uczestniczyć w projekcie (proszę zaznaczyć):

- Asystent Osoby Niepełnosprawnej
- Wsparcie psychologa
- Tłumacz języka migowego
- Specjalistyczne oprogramowanie (wymaga uszczegółowienia)

.....  
.....

- Transport specjalisty (wymaga uszczegółowienia)

.....  
.....

- Specjalne potrzeby żywieniowe (wymaga uszczegółowienia)

.....  
.....

- Specjalne warunki w miejscu realizacji projektu (wymaga uszczegółowienia)

.....  
.....

- Dostosowane materiały szkoleniowe do indywidualnych potrzeb (wymaga uszczegółowienia)

.....  
.....

- Inne (wymaga uszczegółowienia)

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





## OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA

**(jeśli w punkcie 11 zaznaczono wsparcie – Asystent Osoby Niepełnosprawnej)**

Prosimy o określenie cech asystenta, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

1. Płeć: .....

2. Wiek: .....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

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

3. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent? Czego Pan(i) od niego oczekuje?

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

4. W jakich godzinach/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

.....  
.....

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....  
.....