



ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY BADAJĄCY POTRZEBY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

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

Tytuł i numer projektu	„Nastawieni na rozwój!” RPMP.08.02.00-12-0017/20
Beneficjent	Idea Innovation Center Sp. z o.o., Sp. k.
Priorytet	8. Rynek pracy
Działanie	8.2 Aktywizacja zawodowa
DANE KANDYDATA	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	

1. Grupa/stożień niepełnosprawności:

2. Czy porusza się Pan/Pani:

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

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

- NIE
 TAK

Typ potrzebnego wsparcia:

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

4. *Z kim Pan(i) mieszka?

.....
.....



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

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

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

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

7. *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:

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

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

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

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

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



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* Udzielenie informacji jest dobrowolne(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)



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?

.....
.....