

## **Analiza potrzeb w zakresie usprawnień**

### **dla osób z niepełnosprawnościami**

w ramach projektu **„UWIERZ W SIEBIE!” POWER.01.05.01-00-0013/20**

Prosimy o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi:

**1. Biorąc pod uwagę moją niepełnosprawność potrzebuję usprawnień architektonicznych budynku w którym będą realizowane zajęcia w ramach projektu**

- TAK  NIE  ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

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

**2. Biorąc pod uwagę moja niepełnosprawność potrzebuję usprawnień architektonicznych w pomieszczeniach/salach w którym będą realizowane zajęcia w ramach projektu**

- TAK  NIE  ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

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

**3. Biorąc pod uwagę moja niepełnosprawność potrzebuję usprawnień w zakresie formy przekazywanych mi materiałów szkoleniowych/dydaktycznych w ramach projektu**

- TAK  NIE  ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

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

Projekt „Uwierz w siebie!” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Poddziałania 1.5.1 Rozwój potencjału zawodowego osób z niepełnosprawnościami - Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

---

**4. Biorąc pod uwagę moją niepełnosprawność potrzebuję, aby zapewniane w ramach projektu posiłki uwzględniały moją dietę wynikającą z uwarunkowań zdrowotnych:**

- TAK  NIE  ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

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

**5. Biorąc pod uwagę moją niepełnosprawność potrzebuję innych usprawnień w trakcie realizacji projektu niż wymienione powyżej w związku z rodzajem mojej niepełnosprawności**

- TAK  NIE  ODMAWIAM ODPOWIEDZI

W przypadku wskazania odpowiedzi „TAK” prosimy o wypisanie usprawnień niezbędnych związanych z rodzajem niepełnosprawności:

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

Data, Czytelny podpis Kandydata/teki do projektu