



INSPIRES Sp. z o. o. oraz Stowarzyszenie Podwórkowe Anioły realizuje projekt „Nasza szansa” dofinansowany z Funduszy Europejskich w ramach działania 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020

## Analiza potrzeb w zakresie usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami

w ramach projektu „Nasza szansa” RPMA.09.01.00-14-d375/19

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:

.....

.....



INSPIRES Sp. z o. o. oraz Stowarzyszenie Podwórkowe Anioły realizuje projekt „Nasza szansa” dofinansowany z Funduszy Europejskich w ramach działania 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 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/tki do projektu