

ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY BADAJĄCY POTRZEBY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

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

Tytuł i numer projektu	„Proces aktywizacji zawodowej bodźcem do zatrudnienia !” RPMP.08.02.00-12-0118/15
Beneficjent	"QS ZURICH" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Priorytet	8. Rynek pracy
Działanie	8.2 Aktywizacja zawodowa
DANE KANDYDATA	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	

1. Grupa/stoień 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:

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

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

- NIE
 TAK

Typ potrzebnego wsparcia:

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

6. Z kim Pan(i) mieszka?

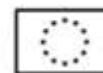
.....
.....

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)

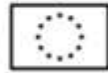
.....
.....
.....

- 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)

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

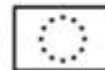
Miejsce na dodatkowe uwagi:

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

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:

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

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

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

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

.....
.....

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

.....
.....