**ANKIETA DOTYCZĄCA SPECYFICZNYCH POTRZEB SZKOLENIOWYCH**

**OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

Szanowni Państwo,

W celu zapewnienia możliwości pełnego uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami w ramach projektu „NOWE KWALIFIKACJE –KONKURENCJĄ NA ŚWIĘTOKRZYSKIM RYNKU PRACY” zastosowany zostanie mechanizm racjonalnych usprawnień. Każda osoba z niepełnosprawnościami przystępująca do projektu ma zapewnioną możliwość finansowania specyficznych usług dostosowawczych lub oddziaływania na szeroko pojętą infrastrukturę, nieprzewidzianych z góry we wniosku o dofinansowanie projektu, lecz uruchamianych wraz z pojawieniem się w projekcie (w charakterze uczestnika lub personelu) osoby z niepełnosprawnością.

Oświadczam, iż przystępując do projektu będę chciał/-a skorzystać z mechanizmu racjonalnych usprawnień:

⬜ TAK

⬜ NIE

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, proszę o wskazanie form wsparcia, które należy Panu/Pani zapewnić w trakcie udziału w projekcie:

⬜ koszty specjalistycznego transportu na miejsce realizacji kursów;

⬜ dostosowania architektonicznego budynków niedostępnych *(np. zmiana miejsca realizacji projektu; budowa tymczasowych podjazdów; montaż platform, wind, podnośników; właściwe oznakowanie budynków poprzez wprowadzanie elementów kontrastowych i wypuklin celem właściwego oznakowania dla osób niewidomych i słabo widzących, itp.)*;

⬜ dostosowania infrastruktury komputerowej *(np. wynajęcie lub zakup i instalacja programów powiększających, mówiących, kamer do kontaktu z osobą posługującą się językiem migowym, drukarek materiałów w alfabecie Braille’a)*;

⬜ dostosowania akustycznego *(wynajęcie lub zakup i montaż systemów wspomagających słyszenie, np. pętli indukcyjnych, systemów FM);*

⬜ asystenta tłumaczącego na język łatwy;

⬜ asystenta osoby z niepełnosprawnością;

⬜ tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika;

⬜ przewodnika dla osoby mającej trudności w widzeniu

⬜ alternatywnych form przygotowania materiałów projektowych *(szkoleniowych, informacyjnych, np. wersje elektroniczne dokumentów, wersje w druku powiększonym, wersje pisane alfabetem Braille’a, wersje w języku łatwym, nagranie tłumaczenia na język migowy na nośniku elektronicznym, itp.);*

⬜ zmiany procedur;

⬜ wydłużonego czasu wsparcia *(wynikające np. z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust, stosowania języka łatwego, itp.);*

⬜ dostosowania posiłków, uwzględniania specyficznych potrzeb żywieniowych wynikających z niepełnosprawności;

⬜ inne – proszę wskazać: …………………………………………………………………………………………………………….......

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………

Data i podpis uczestnika projektu