Projekt pn. „Bezpośrednie wsparcie szkół, ich uczniów i nauczycieli, w ramach kompleksowych programów rozwojowych, ukierunkowanych na podniesienie jakości edukacji na terenie Gminy Miasto Ostrów Wielkopolski" nr projektu FEWP.06.08-IZ.00-0032/24

Projekt pn. **„Bezpośrednie wsparcie szkół, ich uczniów i nauczycieli, w ramach kompleksowych programów rozwojowych, ukierunkowanych na podniesienie jakości edukacji na terenie Gminy Miasto Ostrów Wielkopolski"**, nr **FEWP.06.08-IZ.00-0032/24** jest realizowany przez ***Gminę Miasto Ostrów Wielkopolski*** i jest współfinansowany przez **Unię Europejską** oraz **Budżet Państwa,** ze środków **Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)**, w ramach programu regionalnego ***Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027***, w ramach **Priorytet 6:** Fundusze europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), **Działanie 6.8:** Edukacja przedszkolna, ogólna oraz kształcenie zawodowe w ramach ZIT

ANKIETA

POTRZEB ORAZ ANKIETA DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Celem niniejszej ankiety jest ułatwienie osobom posiadającym status osoby z niepełnosprawnościami oraz osobom wymagającym ponadstandardowego działania lub posiadających ponadstandardowe potrzeby, udziału we wszelkich wsparciach zaplanowanych w ramach przedmiotowego projektu. Poniższa ankieta ma pomóc w poznaniu rzeczywistych potrzeb Kandydatek / Kandydatów, by niwelować bariery tych osób

ANKIETĘ prosimy wypełniać czytelnie – najlepiej DRUKOWANYMI literami

I. PODSTAWOWE DANE POTENCJALNEJ UCZESTNICZKI / UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię: ..... Nazwisko: .....

Jakie według Ciebie posiadasz dodatkowe specjalne potrzeby jako Kandydatka / Kandydat na Uczestniczkę / Uczestnika Projektu aby móc bez przeszkód korzystać ze wszystkich wsparć w przedmiotowym projekcie?

(proszę zaznaczyć odpowiedzi, które odnoszą się do Pani / Pana sytuacji)

☐ Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową

(jeżeli zaznaczono powyższy punkt, to proszę opisać sposób i rodzaj dostosowania przestrzeni)

.....

.....

☐ Zapewnienie tłumacza języka migowego

☐ Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką

☐ Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych

(jeżeli zaznaczono powyższy punkt, to proszę opisać sposób i rodzaj dostosowania posiłków)

.....

.....

☐ Inne specjalne potrzeby

(jeżeli zaznaczono powyższy punkt, to proszę opisać jakie specjalne potrzeby posiadasz?)

.....

.....

.....

DANE WRAŻLIWE

Gmina Miasto Ostrów Wielkopolski
al. Powstańców Wielkopolskich 18, 63-400 Ostrów Wielkopolski
BIURO PROJEKTU: Budynek Urzędu Miejskiego Ostrowa Wlkp.
Piętro: 3 Pokój: 330 Telefon: 62 58-22-329 lub 62 58-22-331

Jakie dodatkowe problemy/bariery wynikające z niepełnosprawności widzi Pani/Pan w związku z udziałem w projekcie?

Jakie są Pani/Pana ponadstandardowe potrzeby wynikające z niepełnosprawności lub z innego powodu, których spełnienie mogłoby ułatwić Pani/Panu udział w zajęciach i wsparciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?

Miejscowość, data	Czytelny podpis Kandydatki / Kandydata do Projektu *

* W przypadku osoby nieposiadającej zdolności do czynności cywilno-prawnych, fakt wypełnienia powyższych informacjami oraz chęć zgłoszenia się jako Kandydatka / Kandydat do udziału w projekcie potwierdza jego opiekun prawny.

Gmina Miasto Ostrów Wielkopolski
al. Powstańców Wielkopolskich 18, 63-400 Ostrów Wielkopolski
BIURO PROJEKTU: Budynek Urzędu Miejskiego Ostrowa Wlkp.
Piętro: 3 Pokój: 330 Telefon: 62 58-22-329 lub 62 58-22-331