

ANALIZA POTRZEB UCZESTNIKA PROJEKTU

Przyczyna niepełnosprawności (kod) - PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZGODNIE Z ORZECZENIEM	
<input type="checkbox"/>	05 - R - narząd ruchu
<input type="checkbox"/>	04 - O - narząd wzroku
<input type="checkbox"/>	03 - L - zaburzenie głosu, mowy i choroby słuchu
<input type="checkbox"/>	01 - U - upośledzenie umysłowe
<input type="checkbox"/>	07 - S - choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/>	10 - N - choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/>	09 - M - choroby układu moczowo-płciowego
<input type="checkbox"/>	02 - P - choroby psychiczne
<input type="checkbox"/>	06- E - epilepsja
<input type="checkbox"/>	08 - T - choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/>	12 - C - całkowite zaburzenia rozwojowe
<input type="checkbox"/>	11 - I - inne
<input type="checkbox"/>	w orzeczeniu nie wskazano przyczyny niepełnosprawności
INNA PRZYCZYNA SPECJALNYCH POTRZEB	
<input type="checkbox"/>	długotrwała lub przewlekła choroba
<input type="checkbox"/>	zaświadczenie lekarskie
<input type="checkbox"/>	inne (należy wskazać)
.....	

Proszę wskazać, które z usprawnień mogą pomóc w korzystaniu ze wsparcia w ramach projektu		
<input type="checkbox"/>	specjalistyczny transport na miejsce realizacji wsparcia (dla osób, które nie są w stanie samodzielnie lub z pomocą asystenta korzystać z transportu publicznego)	
<input type="checkbox"/>	dostosowania architektoniczne budynku	
w tym:	<input type="checkbox"/> Budowa podjazdów	<input type="checkbox"/> montaż platform, wind, podnośników
	<input type="checkbox"/> oznakowanie budynku elementami kontrastowymi i wypukłymi	
<input type="checkbox"/>	dostosowanie infrastruktury komputerowej (np. program powiększający, mówiący)	
<input type="checkbox"/>	alternatywnych form przygotowania materiałów projektowych	
w tym:	<input type="checkbox"/> wersje elektroniczne dokumentów	<input type="checkbox"/> wersje pisane alfabetem Braille'a
	<input type="checkbox"/> wersje w druku powiększonym	
	<input type="checkbox"/> nagranie tłumaczenia na język migowy na nośniku elektronicznym	
<input type="checkbox"/>	dostosowanie akustyczne (systemy wspomagające słyszenie)	
<input type="checkbox"/>	asystent tłumaczący na język łąawy	
<input type="checkbox"/>	asystent osoby z niepełnosprawnością	
<input type="checkbox"/>	tłumacz języka migowego lub tłumacz - przewodnik	
<input type="checkbox"/>	przewodnik dla osoby mającej trudności w widzeniu	
<input type="checkbox"/>	inne	
Jakie ? Proszę wskazać inne usprawnienia		

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

