**ANKIETA DOTYCZĄCA SPECJALNYCH POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

| **NAZWA BENEFICJENTA:** |
| --- |
| Ogólnopolski Operator Oświaty |
| **TYTUŁ PROJEKTU:** |
| Akademia Umiejętności Podstawowych |
| **NR PROJEKTU:** |
| FEWM.06.05-IZ.00-0114/23 |
| **IMIE I NAZWISKO:** |
|  |

**Co możemy zrobić, aby Pan/Pani czuł/czuła się u nas komfortowo? Proszę zaznaczyć właściwą opcję:**

* dostępność architektoniczna na przykład: wejście na poziomie terenu wokół budynku, pochylnia, winda;
* przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa;
* w alfabecie Braille’a;
* tłumacz PJM;
* tłumacz systemu językowo-migowego (SJM);
* tłumacza Systemu Komunikacji Osób Głuchoniewidomych (SKOGN),
* pętla indukcyjna;
* wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową;
* obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością;
* specjalne potrzeby żywieniowe;
* zapewnienie warunków dla psa asystującego;
* wydłużenie czasu wsparcia wynikające z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust;
* Zapewnienie materiałów w języku łatwym do czytania lub w wersjach alternatywnych (audio, rysunki, symbole);
* Nagranie form wsparcia na video;
* Udział osób wspierających;
* Inne…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………… | …………………………………………………………………. |
| Data | Czytelny podpis uczestnika projektu lub rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy) |