

**ANKIETA DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

**Żłobek Mały Odkrywca - 19 nowych miejsc opieki dla dzieci do lat 3 w Koszalinie**

Zwracamy się z serdeczną prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, odpowiedzi pozwolą nam zapewnić dostępność projektu zgodnie z Pani preferencjami.

Nazwa Programu Operacyjnego	Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020
Nazwa i numer Priorytetu, Działania i Poddziałania w ramach Programu Operacyjnego	Działanie: 6.6 Program zapewnienia i zwiększenia dostępu do opieki nad dziećmi do lat 3
Źródło Finansowania	Europejski Fundusz Społeczny
Nazwa Beneficjenta	„BEST ENGLISH”- ANGIELSKI DLA DZIECI ZOFIA KRAWIEC
Numer wniosku o dofinansowanie	<b>RPZP.06.06.00-IP.02-32-K53/19</b>

<b>ANKIETA DOTYCZĄCA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	
<b>Imię i nazwisko:</b>	.....
<p>Proszę zaznaczyć i opisać jakie ma Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie</p>	<p>Proszę o podanie stopnia niepełnosprawności i symbolu schorzenia</p> <p>Stopień:  <input type="checkbox"/> lekki  <input type="checkbox"/> umiarkowany  <input type="checkbox"/> znaczny</p> <p>Symbol .....</p>
	<p>Czy jest Pani osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Czy korzysta Pani z pomocy psa przewodnika?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb związanych z obecnością psa przewodnika:            .....            .....            .....</p>
	<p>Czy korzysta Pani z pomocy przewodnika / asystenta?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb</p>



		związanych z obecnością przewodnika / asystenta: ..... ..... ..... .....
	Czy ma Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie ?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Jeśli zaznaczono TAK proszę odpowiedzieć na poniższe pytania
	Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb: ..... ..... .....
	Alternatywne formy materiałów:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb: ..... ..... .....
	Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb: ..... ..... .....
	Zapewnienie tłumacza języka migowego:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb: ..... ..... .....
	Inne:	..... ..... .....



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



.....  
data, podpis