



**ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY BADAJĄCY POTRZEBY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

(możliwość uzupełnienia formularza przez kadrę projektu na podstawie przeprowadzonych rozmów indywidualnych)

<b>Tytuł i numer projektu</b>	„Nowoczesna kadra w branży medycznej” POWR.05.02.00-00-0025/16-00
<b>Beneficjent</b>	„QS ZURICH” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
<b>Priorytet</b>	5. Wsparcie dla obszaru zdrowia
<b>Działanie</b>	5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
<b>DANE UCZESTNIKA</b>	
<b>Imię</b>	
<b>Nazwisko</b>	
<b>PESEL</b>	

1. Grupa/stopień niepełnosprawności: .....
2. Kod: .....
3. Rodzaj niepełnosprawności:
  - a) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo-rdzeniowa)
  - b) dysfunkcja narządu wzroku
  - c) zaburzenia psychiczne
  - d) dysfunkcje o podłożu neurologicznym
  - e) dysfunkcje narządu mowy i słuchu
  - f) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

4. Czy porusza się Pan/Pani:

<b>W domu</b>	<input type="checkbox"/> Samodzielnie	<input type="checkbox"/> Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	<input type="checkbox"/> Nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
<b>Poza miejscem zamieszkania</b>	<input type="checkbox"/> Samodzielnie	<input type="checkbox"/> Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	<input type="checkbox"/> Nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



5. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania potrzebne jest czyjeś wsparcie:

NIE

TAK

Typ potrzebnego wsparcia:

.....  
.....

6. Z kim Pan(i) mieszka?

.....  
.....

7. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

.....  
.....

8. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

.....  
.....

9. Czy może Pan(i) liczyć na pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu codziennych czynności? Jeśli tak to jakie są to osoby i w jakich czynnościach pomagają:

.....  
.....

10. Co najbardziej utrudnia Panu(i) uczestnictwo w szkoleniach:

.....



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



.....

.....

.....

11. Jakiego wsparcia Pan(i) oczekiwałby, aby móc uczestniczyć w projekcie (proszę zaznaczyć):

- Tłumacz języka migowego  
.....  
.....
- Asystent Osoby Niepełnosprawnej
- Specjalistyczne oprogramowanie (wymaga uszczegółowienia)  
.....  
.....
- Transport specjalisty (wymaga uszczegółowienia)  
.....  
.....
- Specjalne potrzeby żywieniowe (wymaga uszczegółowienia)  
.....  
.....
- Specjalne warunki w miejscu realizacji projektu (wymaga uszczegółowienia)  
.....  
.....
- Dostosowane materiały szkoleniowe do indywidualnych potrzeb (wymaga uszczegółowienia)  
.....  
.....
- Inne (wymaga uszczegółowienia)  
.....  
.....  
.....  
.....

**Miejsce na dodatkowe uwagi:**

.....

