



Projekt „Mazowiecki Akcelerator Startu Zawodowego”

Realizowany w ramach *Wsparcia udzielanego z Europejskiego Funduszu Społecznego*

**KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY RACJONALNYCH USPRAWNIEŃ DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W RAMACH PROJEKTU „Mazowiecki Akcelerator Startu Zawodowego”
POWR.01.02.01-14-0031/19**

Szanowni Państwo

W celu zapewnienia możliwości pełnego uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Mazowiecki Akcelerator Startu Zawodowego” zastosowany zostanie mechanizm racjonalnych usprawnień.

Oświadczam, iż przystępując do projektu będę chciał/-a skorzystać z mechanizmu racjonalnych usprawnień:

TAK NIE

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, proszę o wskazanie form wsparcia, które należy Panu/Pani zapewnić w trakcie udziału w projekcie:

- koszty specjalistycznego transportu na miejsce realizacji zajęć;
- dostosowanych architektonicznie budynków, w których realizowane będą zajęcia /formy wsparcia;
- dostosowania infrastruktury komputerowej, jeśli będzie wymagana do realizacji zajęć/ form wsparcia (np. wynajęcie lub zakup i instalacja programów powiększających, mówiących, kamer do kontaktu z osobą posługującą się językiem migowym, drukarek materiałów w alfabecie Braille’a);
- dostosowania akustycznego (wynajęcie lub zakup i montaż systemów wspomagających słyszenie, np. pętli indukcyjnych, systemów FM);
- asystenta tłumaczącego na język łątwy;
- asystenta osoby z niepełnosprawnością;
- tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika;
- przewodnika dla osoby mającej trudności w widzeniu;
- alternatywnych form przygotowania materiałów projektowych (szkoleniowych, informacyjnych, np. wersje elektroniczne dokumentów, wersje w druku powiększonym, wersje pisane alfabetem Braille’a, wersje w języku łątwym, nagranie tłumaczenia na język migowy na nośniku elektronicznym, itp.);
- wydłużonego czasu wsparcia (wynikające np. z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust, stosowania języka łątwego, itp.);
- dostosowania posiłków, uwzględniania specyficznych potrzeb żywieniowych wynikających z
- niepełnosprawności;
- inne – proszę wskazać:

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu