

**Imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki……………………………………………………………………………..…………**

**FORMULARZ ZAGŁASZANIA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU BĘDĄCĄ OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W RAMACH PROJEKTU:
„BLIŻEJ RODZINY I DZIECKA W GMINIE LIPIE”:**

Zgłaszam **specjalne potrzeby** **wynikające z niepełnosprawności** związane z uczestnictwem w projekcie:

**☐ TAK ☐ NIE**

Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie (*można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):*

⬜ dostępność architektoniczna budynku i pomieszczeń dla osoby z niepełnosprawnością ruchową

⬜ wsparcie tłumacza polskiego języka migowego (PJM)

⬜ wsparcie tłumacza systemu językowo-migowego (SJM)

⬜ wsparcie tłumacza Systemu Komunikacji Osób Głuchoniewidomych (SKOGN)

⬜ wsparcie asystenta osoby niewidomej

⬜ wsparcie asystenta osoby głuchoniewidomej

⬜ udział osoby wspierającej

⬜ zapewnienie pętli indukcyjnej

⬜ zapewnienie warunków dla psa asystującego

⬜ przygotowanie materiałów wydrukowanych większą czcionką niż standardowa

⬜ przygotowanie materiałów w alfabecie Braille`a

⬜ dobór odpowiedniego miejsca – pomieszczenia oraz ograniczenie bodźców zewnętrznych

⬜ zapewnienie materiałów w języku łatwym do czytania lub w innych wersjach alternatywnych (na przykład: audio, rysunki, symbole)

⬜ wydłużenie czasu wsparcia wynikające z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy lub wolnego mówienia, i/lub odczytywania komunikatów z ust

⬜ nagranie poszczególnych form wsparcia na video

⬜ jasna struktura i zaplanowanie poszczególnych czynności

⬜ zapewnienie transportu na miejsce udzielenia wsparcia dla osób niepełnosprawnych ruchowo

⬜ inne, jakie: ……………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………….…………………… | ……………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO\* (\*niepotrzebne skreślić)* |