****

**ANKIETA REKRUTACYJNA**

**dla uczestnika projektu**

**KURS NA SAMODZIELNOŚĆ 2021 – podnoszenie samodzielności osób niewidomych w różnych obszarach funkcjonowania**

**Szkolenie z zakresu rehabilitacji podstawowej – szkoła letnia**

**Warszawa: 01.08-28.08.2021r.**

Zanim wypełni Pan/Pani zgłoszenie, proszę zapoznać się z treścią ogłoszenia o rekrutacji uczestników projektu.

Proszę o dokładne i czytelne wypełnienie zgłoszenia. Na ostatniej stronie znajduje się miejsce na własnoręczny podpis. Wypełnione zgłoszenie wraz z kopią orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub dokumentem równoważnym np.: KIZ) proszę dostarczyć do siedziby Fundacji:

emailem na adres [biuro@fundacjavismaior.pl](mailto:biuro@fundacjavismaior.pl) z tematem Kurs na samodzielność

lub

pocztą tradycyjną na adres Fundacja Vis Maior ul. Bitwy Warszawskiej 1920r. 10, 02-366 Warszawa, z dopiskiem Kurs na samodzielność

**Jeśli zgłoszenie będzie wypełniane długopisem, proszę o używanie liter drukowanych.**

W przypadku przesyłania ręcznie wypełnionego formularza mailem, proszę go po wypełnieniu zeskanować wraz z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności.

Prosimy o szczegółowe odpowiedzi na wszystkie otwarte pytania ankiety. W pytaniach, w których należy wybrać jedną z sugerowanych odpowiedzi, prosimy postawić znak „x” za wybranym słowem.

Ankietę można wypełnić ręcznie lub komputerowo i wysłać do Fundacji Vis Maior emailem lub pocztą tradycyjną.

W przypadku wysłania emailem ręcznie wypełniony formularz proszę zeskanować wraz z zaświadczeniem o niepełnosprawności.

1. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………...........……................

2. PESEL: …………………………………………………………………….........................................................

3. Adres – ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość, województwo

miasto

wieś

4. Adres e-mail: …………………………………….…………………………………..……………………………………………

5. Telefon do kontaktu: ………………………………………………………………………………………………………….

6. Data i miejsce urodzenia: …………………………………………………………………………………………………….

7. Orzeczony stopień niepełnosprawności z tytułu dysfunkcji narządu wzroku:

Umiarkowany

Znaczny

8. Czy orzeczenie wydane jest na stałe?

Tak

Nie

Jeśli na czas określony, kiedy upływa jego ważność? ……………....................................

9. Kiedy powstała dysfunkcja wzroku? ………………………………………………………………………….…………………………..….………….............................

10. Przyczyna utraty widzenia: ………………………………………………………………………………………………...................................................

11. Inne sprzężone niepełnosprawności (jeśli występują – dotyczy w szczególności niepełnosprawności ruchu ważnych przy nauce Braille’a i czynności dnia codziennego ): ..................................................................................................................................................... .....................................................................................................................................................

12. Wykształcenie: proszę zaznaczyć znakiem x właściwe dla Pani/Pana na dzień w wypełniania formularza:

zajęcia rewalidacyjne ,

niepełne podstawowe,

podstawowe,

gimnazjalne,

średnie,

zawodowe,

policealne,

wyższe

13. Status na rynku pracy: proszę zaznaczyć znakiem x właściwe dla Pani/Pana na dzień wypełniania formularza:

niepracujący i nieposzukujący pracy,

poszukujący pracy, niezatrudniony,

poszukujący pracy, zatrudniony,

bezrobotny,

zatrudniony w ZAZ,

zatrudniony w ZPCh,

zatrudniony na otwartym rynku pracy,

nie dotyczy (np. w przypadku studentów, emerytów, dzieci) – proszę wybrać właściwe

14. Czy jest Pani/Pan zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy na dzień wypełniania formularza:

tak

nie

15. Czy jest Pani/Pan uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej – proszę wybrać właściwe na dzień wypełniania formularza?

jestem absolwentką/tem WTZ,

nigdy nie byłam/łem uczestnikiem WTZ,

jestem uczestnikiem WTZ

16. Czy Pan/Pani uczestniczył/a w Środowiskowym Domu Samopomocy – proszę wybrać właściwe na dzień wypełniania formularza?

nie uczestniczyłem/am w ŚDS

uczestniczyłem/am w ŚDS

jestem obecnie uczestnikiem w ŚDS

17. Czy Pan/Pani był/a mieszkańcem/podopiecznym placówek innych niż WTZ lub ŚDS, finansowanych ze środków publicznych na podstawie odrębnych przepisów?

Nie byłem/byłam mieszkańcem/podopiecznym placówek finansowanych ze środków publicznych

Byłem/byłam mieszkańcem/podopiecznym placówek finansowanych ze środków publicznych

Jestem obecnie mieszkańcem/podopiecznym placówek finansowanych ze środków publicznych

18. Prosimy uzasadnić potrzebę udziału w naszym szkoleniu:

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

19. Czy uczestniczy Pani/Pan obecnie w innych projektach ?

tak

nie

Jeżeli tak to proszę podać nazwę projektu, przez kogo jest prowadzony oraz czas trwania projektu:

...................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................

20. Czy mieszka Pani/Pan samodzielnie?

tak

nie

Jeśli nie mieszka Pani/Pan samodzielnie, ile osób liczy gospodarstwo domowe?

………………....................................................................................................................................

21. Czy korzystała Pani/korzystał Pan w przeszłości z wymienionych niżej form rehabilitacji podstawowej, takich jak:

a) orientacja przestrzenna, chodzenie z białą laską:

tak

nie

Jeśli tak, to gdzie: ………………………………………………………………………………………………………………..…

Kiedy: ……………………………………………………………….…………………………………………………………………..

Przybliżony czas odbytego szkolenia w godzinach: …………………………………………………………………

Czy ma Pani/Pan potrzebę doskonalenia tych umiejętności?

tak

nie

Jeśli tak, to na co chce Pani/Pan zwrócić szczególną uwagę ?

...................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................

b) wykonywanie codziennych czynności w swoim domu (szkolenie z czynności dnia codziennego):

tak

nie

Jeśli tak, to kiedy: …………………………………………….....………………………………………………………………

Przybliżony czas odbytego szkolenia w godzinach: ……………………………………………………………….

Czy ma Pani/Pan potrzebę doskonalenia tych umiejętności?

tak

nie

Jeśli tak, to na co chce się Pani/Pan zwrócić szczególną uwagę ?

...................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................

c) nauka pisma Braille’a

tak

nie

Jeśli tak, to kiedy: …………………………………………….…………………………………………………………………

Przybliżony czas odbytego szkolenia w godzinach: ……………………………………………………………….

Czy ma Pani/Pan potrzebę doskonalenia tych umiejętności?

tak

nie

Jeśli tak, to na co chce Pani/Pan zwrócić szczególną uwagę ?

...................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................

22. Jakie trudności w samodzielnym poruszaniu się napotyka Pani/Pan w swoim miejscu zamieszkania?

………………………………………………………………………………………………………………………...................

…………………………………………………………………….………………………………………………………….......…

23. W jaki sposób Pani/Pan obecnie pisze i czyta?

...............................................................………………......………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………......………………………

24. Czy korzysta Pani/Pan samodzielnie z komputera?

tak

nie

Jeśli tak, jakie ma Pani/Pan z tym trudności?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

25. Czy przygotowuje Pani/Pan samodzielnie posiłki?

tak

nie

26. Czy potrafi Pani/Pan utrzymywać porządek w miejscu swojego zamieszkania?

tak

nie

27. Jak wygląda Pani/Pana sytuacja rodzinna, kontakty ze znajomymi, sąsiadami, środowiskiem lokalnym?

.................................…………………………………………………………………………………………………........

……………………………………………………………………………………………………………………………………......

28. Czy chciałaby Pani/chciałby Pan poprawić swoje kontakty z innymi osobami?

tak

nie

Jeśli tak, w jaki sposób?

.............................……………………………………………………………………………………………………….......

29. Czy utrzymuje Pani/Pan kontakty z innymi osobami niewidomymi bądź słabowidzącymi?

tak

nie

Jeśli nie to dlaczego?

...................................................................................................................................................................

............................................................................................................................

30. Jak wyglądają Pani/Pana kontakty z osobami widzącymi?

..............................................................................................………………………………………………

..………………………………………………………………………………………………………………………………..……..

31. Jak radzi sobie Pani/Pan z przyjmowaniem pomocy od innych?

...................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................

32. Czy uważa Pani/Pan, że ma problemy z prośbą o pomoc innych oraz czy potrafi z tej pomocy zrezygnować?

...................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................

33. Jakie są Pani/Pana obawy dotyczące samodzielności oraz nad jakimi obawami chciałby/chciałaby Pan/Pani pracować?

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

34. Co zmieniłoby się w Pana/Pani życiu gdyby był/a bardziej samodzielna?

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

35. Czy chciałaby Pani/chciałby Pan poprawić swoją sytuację zawodową?

tak

nie

Jeśli tak, w jaki sposób?

……………………………………………………………………………………………....................................…………

..........................................................................................................................................

36. Czy ma Pani/Pan zalecone przez lekarza ograniczenia w aktywności fizycznej?

tak

nie

Jeśli tak – w jakim zakresie?

..............................................…………………………………………………………………………………………....

37. Czy wymaga Pani/Pan specjalnej diety związanej ze stanem zdrowia?

tak

nie

Jeśli tak, to jakiej?

......................……………………………………………………………………………………………………………………

**Informacja pandemiczna ws Covid-19**

*Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwy punkt):*

1. *Jestem osobą zaszczepioną końcową dawką*
2. *Jestem osobą zaszczepioną pierwszą dawką, termin drugiej dawki to:*
3. *Oczekuję na pierwsze szczepienie, termin szczepienia to:*
4. *Jestem ozdrowieńcem, chorowałem/chorowałam na Covid-19 w miesiącu:*
5. *Nie mogę się szczepić ze względu na mój stan zdrowia*
6. *Nie zamierzam się szczepić.*

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również na potrzeby przyszłych rekrutacji, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)*

*Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania mnie na szkolenia deklaruję włożenie wysiłku w zakresie własnej rehabilitacji i nauki samodzielności oraz będę z zaangażowaniem uczestniczyć we wszystkich zaleconych zajęciach i informować o potrzebnym wsparciu.*

Data i podpis Uczestnika

………………………………………………………………..........................................

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Fundacja „Vis Maior”

**Projekt ten jest dofinansowany ze środków PFRON**