**ANKIETA REKRUTACYJNA**

**dla uczestnika projektu**

**„KURS NA SAMODZIELNOŚĆ 2022 – podnoszenie samodzielności osób niewidomych w różnych obszarach funkcjonowania**

**Szkolenie z zakresu rehabilitacji zaawansowanej – zjazd zimowy**

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 mailem na adres [a.kaminska@fundacjavismaior.pl](mailto:a.kaminska@fundacjavismaior.pl)

Oraz

[a.bohusz@fundacjavismaior.pl](mailto:a.bohusz@fundacjavismaior.pl)

wpisując w temacie „Kurs na samodzielność 2022”.

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 należy wypełnić komputerowo (w Wordzie) i przesłać na adres e-mail. Wraz z ankietą prosimy załączyć zdjęcie lub skan orzeczenia o niepełnosprawności.

1. Imię i Nazwisko:
2. PESEL:
3. Adres zamieszkania – kod pocztowy, miejscowość, numer domu, numer mieszkania (jeśli występuje):
4. Województwo:
5. Numer telefonu:
6. Adres e-mail:
7. Wykształcenie (proszę zaznaczyć znakiem x właściwe dla Pani/Pana na dzień wypełniania formularza):

niepełne podstawowe

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

średnie

policealne

wyższe

1. 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

1. Czy jest Pan/Pani zarejestrowany/a w powiatowym urzędzie pracy – na dzień wypełniania formularza? Tak/Nie
2. Uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej – proszę wybrać właściwą dla Pana/Pani odpowiedź:

Jestem absolwentem wtz

Nigdy nie byłem uczestnikiem wtz

Jestem uczestnikiem wtz

1. 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 śds

1. 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

1. Stopień niepełnosprawności z powodu dysfunkcji wzroku:

umiarkowany

znaczny

1. Kiedy powstała dysfunkcja wzroku i jakie były przyczyny utraty widzenia?
2. Czy uczestniczył/a Pan/ Pani w 2021-2022 roku lub obecnie uczestniczy w projektach współfinansowanych przez PFRON? Jeśli tak, prosimy o podanie nazwy projektu, czasu jego trwania oraz kto jest organizatorem.
3. Prosimy uzasadnić potrzebę udziału w naszym szkoleniu.
4. Jakich programów specjalistycznych dla osób z dysfunkcją wzroku Pan/Pani używa?

NVDA

JAWS for Windows

Window-Eyes

VoiceOver

Narrator

ZoomText

Magic

Lunar

Supernova

Inny (jaki?)

nie używam tego rodzaju oprogramowania

1. Czy porusza się Pan/Pani z białą laską? Jakie trudności w samodzielnym poruszaniu się napotyka Pani/Pan w swoim miejscu zamieszkania?
2. Z jakimi czynnościami życia codziennego ma Pan/Pani największe trudności?
3. Jakie posiłki Pan/Pani jest w stanie samodzielnie przygotować?
4. Jak radzi sobie Pani/Pan z przyjmowaniem pomocy od innych?
5. Jak Pan/Pani uważa, jak odbiera Pana/Panią otoczenie?
6. Gdzie zamierza Pan/Pani wykorzystać zdobytą wiedzę? Prosimy opisać.
7. Czy ma Pani/Pan zalecone przez lekarza ograniczenia w aktywności fizycznej? Jeśli tak – w jakim zakresie?
8. Czy ma Pani/Pan inne sprzężone niepełnosprawności? Jeśli tak, prosimy je wymienić.
9. Czy ma Pani/Pan astmę, cukrzycę lub inne choroby, które mogą wymagać dodatkowej opieki medycznej? Jeśli tak, prosimy je wymienić.
10. Czy wymaga Pani/Pan specjalnej diety związanej ze stanem zdrowia? Jeśli tak – w jakim zakresie?
11. Czy ma Pan/Pani psa przewodnika?

Tak

Nie

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Vis Maior, Fundację „Pies Przewodnik” i Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych 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). Dane osobowe zostaną przekazane do PFRON za pośrednictwem EGW w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Fundację oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON.*

*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 dofinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych