****

**ANKIETA REKRUTACYJNA dla uczestnika projektu „KURS NA SAMODZIELNOŚĆ 2023” – podnoszenie samodzielności osób niewidomych w różnych obszarach funkcjonowania”**

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

**Warszawa: 30.07.2023 – 26.08.2023**

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 e-mailem na adres [a.kaminska@fundacjavismaior.pl](mailto:a.kaminska@fundacjavismaior.pl) wpisując w temacie „Kurs na samodzielność 2023”.

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 – 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

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 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 proszeniem 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 samodzielny/a?

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?

*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 Pies Przewodnik”

**Projekt ten jest dofinansowany ze środków PFRON**