****

**Projekt dofinansowany ze środków PFRON**

**ANKIETA REKRUTACYJNA**

**dla Uczestnika projektu**

**KURS NA SAMODZIELNOŚĆ 2019 – podnoszenie samodzielności osób niewidomych w różnych obszarach funkcjonowania**

**Szkolenie z zakresu rehabilitacji podstawowej**

**Warszawa: 9 września -4 października 2019 r.**

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.

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? ……………....................................

****

**Projekt dofinansowany ze środków PFRON**

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,

 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,

****

**Projekt dofinansowany ze środków PFRON**

 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: ................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................

****

**Projekt dofinansowany ze środków PFRON**

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

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

****

**Projekt dofinansowany ze środków PFRON**

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?

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

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

****

**Projekt dofinansowany ze środków PFRON**

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?

****

**Projekt dofinansowany ze środków PFRON**

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

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? ................................................................................................................................................

****

**Projekt dofinansowany ze środków PFRON**

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

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? ......................……………………………………………………………………………………………………………………

****

**Projekt dofinansowany ze środków PFRON**

* 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” i Fundacja „Pies Przewodnik”