

Miejscowość i data:

Karta zgłoszenia do projektu
„Rozmowa bez Barrier w czasie pandemii COVID-19, cz. 3”

Kwestionariusz proszę wypełnić drukowanymi literami.

1. Imię i nazwisko:
2. PESEL:
3. Numer kontaktowy:
4. Adres e-mail:
5. Jest Pani/Pan Osobą z Niepełnosprawnością:
 - TAK
 - NIE
6. Czy w Pani/Pana otoczeniu znajduje się Osoba z Niepełnosprawnością?
 - TAK
 - NIE
7. Czy posiada Pani/Pan orzeczenie o niepełnosprawności?
 - TAK
 - NIE
8. Jaki stopień niepełnosprawności Pani/Pan posiada? (wypełniają osoby, które zaznaczyły „TAK” w pkt 5):
 - lekki
 - umiarkowany
 - znaczny
9. Jaki Rodzaj niepełnosprawności Pani/Pan posiada? np. ruchowa, intelektualna(wypełniają osoby, które zaznaczyły „TAK” w pkt 5):
.....

10. Jakie godziny konsultacji psychologicznej Pani/Pan preferuje?

- poranne
- popołudniowe
- wieczorne
- dowolne

11. Jaką formę konsultacji Pani/Pan preferuje?

- konsultacja stacjonarna
- teleporada
- konsultacja on-line za pomocą platformy ZOOM
- dowolnie

12. Jakiego dostosowania oczekuje Pani/Pan podczas realizacji konsultacji psychologicznych:

- głośnego mówienia;
- powolnego przekazywania treści;
- stosowania pomocy technicznych:
- tłumacza języka migowego;
- dostosowania wielkości czcionki, kontrastu przedstawionego tekstu;
- dostosowania miejsca konsultacji do indywidualnych potrzeb np. wysokość blatu czy odpowiedniego (ergonomicznego) krzesła;
- innej (proszę poniżej napisać jakiej);
.....

13. Czy jest Pani/Pan zainteresowana/y terapią ruchową?

- TAK
- NIE

14. Jaką preferuje Pani/Pan terapię ruchową? (wypełniają osoby, które zaznaczyły „TAK” w pkt 13)

- indywidualną
- grupową
- dowolnie

15. Jaki rodzaj ruchu Pani/Pan preferuje?

- relaksację
- cardio / wytrzymałościowe
- siłowe
- mieszane

O wzięciu udziału w projekcie zdecyduje spełnienie kryteriów projektowych oraz kolejność zgłoszeń.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w powyższym formularzu, w tym szczególnych kategorii danych osobowych dotyczących stanu zdrowia i stopnia niepełnosprawności przez Fundację "Potrafię Pomóc" na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych z Wadami Rozwojowymi z siedzibą we Wrocławiu, ul. Horbaczewskiego 24, KRS: 0000303590, NIP: 8992642928, REGON: 020747657, w celu zarejestrowania mojego zgłoszenia do udziału we wskazanym powyżej projekcie. Jestem świadoma/y dobrowolności podania danych osobowych.

.....
(data, podpis)