



Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji

Oświadczenie dotyczące szczególnych potrzeb Uczestniczki/-ka Projektu

Zgodnie ze Standardem dostępności stanowiącym załącznik do „Wytycznych dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021–2027” prosimy o wskazanie ewentualnych szczególnych potrzeb związanych z uczestnictwem w projekcie pt.: „Rozwój usług opiekuńczych na obszarze LGD Stowarzyszenie N.A.R.E.W.”

Informacje zostaną wykorzystane wyłącznie w celu zapewnienia dostępności oraz dostosowania sposobu realizacji usług opiekuńczych do indywidualnych potrzeb Uczestniczki/-ka Projektu.

Dane uczestniczki/-ka

Imię i nazwisko:

1. Czy posiada Pan/Pani szczególne potrzeby wynikające ze stanu zdrowia, niepełnosprawności lub innych okoliczności, które należy uwzględnić w trakcie realizacji projektu?

☐ Tak

☐ Nie

2. Jeżeli tak – jakie wsparcie lub usprawnienia będą pomocne podczas realizacji usług opiekuńczych?

☐ dostosowanie godzin świadczenia usług

☐ materiały drukowane większą czcionką

☐ kontakt telefoniczny

☐ kontakt SMS

☐ kontakt e-mail

☐ tłumacz PJM

☐ możliwość kontaktu z osobą wskazaną przez uczestnika

☐ obecność opiekuna prawnego lub osoby wspierającej

☐ komunikacja w prostym języku

☐ wydłużony czas na przekazywanie informacji

☐ inne (jakie?)



3. Czy podczas realizacji usług należy uwzględnić szczególne informacje dotyczące bezpieczeństwa lub organizacji świadczenia usług?

(np. sposób wejścia do mieszkania, konieczność wcześniejszego kontaktu telefonicznego, szczególne potrzeby zdrowotne, sposób komunikowania się)

.....

.....

.....

4. Osoba do kontaktu w razie potrzeby (opcjonalnie)

Imię i nazwisko

.....

Telefon

.....

Pokrewieństwo/relacja z Uczestniczką/-kiem

.....

Klauzula informacyjna

Informacje dotyczące szczególnych potrzeb są zbierane wyłącznie w celu zapewnienia dostępności oraz odpowiedniego dostosowania usług świadczonych w ramach projektu. Ich podanie jest dobrowolne i nie ma wpływu na możliwość udziału w projekcie ani na wynik procesu rekrutacji.

.....

(Miejscowość, data)

.....

*(Czytelny podpis Uczestniczki/-ka Projektu
/ Opiekuna prawnego Uczestniczki/-ka
Projektu)*