



Wniosek o przyznanie wsparcia dla studenta neurotypowego	Data wpływu
-----------------------------------------------------------------	--------------------

Informacje podstawowe:			
Imię i nazwisko			
PESEL			
E-mail		Telefon	
Adres zamieszkania	Ulica		
	Numer domu		
	Numer lokalu		
	Kod pocztowy		
	Miejscowość		
	Gmina		
	Powiat		
	Województwo		
Nazwa uczelni			
Wydział			
Kierunek studiów			

Zakres oczekiwanego wsparcia świadczonego przez Adwokata:

Zakres wsparcia Do przepisania zakres zaznaczony przez studenta karcie zgłoszeniowej	Kiedy dane wsparcie ma być świadczone? (proszę wstępnie podać dni tygodnia/miesiąca i godziny). Jeśli dana pomoc jest potrzebna nieregularnie proszę tu napisać „w miarę potrzeb”.	Proszę bardziej szczegółowo opisać na czym ma polegać wsparcie.	Jeśli jest taka potrzeba, proszę tu wpisać dokładną instrukcję, jak dane wsparcie ma być świadczone.
Jednokrotne towarzyszenie studentowi neurotypowemu w drodze z miejsca zamieszkania na zajęcia dydaktyczne i z powrotem w celu rozpoznania ewentualnych trudności związanych z orientacją w terenie oraz czynnikami stresogennymi,			
Jednokrotne obejście gmachu/ budynków Uczelni w celu rozpoznania ewentualnych trudności związanych z orientacją w terenie oraz czynnikami stresogennymi;			
wsparcie w komunikacji podczas zajęć na Uczelni;			



wsparcie w komunikacji w bibliotece;			
wsparcie w komunikacji podczas szkoleń organizowanych przez Uczelnię;			
monitorowanie dopełniania przez studenta niezbędnych formalności związanych z tokiem studiów (np. przypomnienie o konieczności zapisania się na zajęcia/egzamin w systemie USOS czy dopilnowania wpisania ocen przez prowadzących);			
inne zadania, które są indywidualnie dobrane do potrzeb studenta neurotypowego ze względu na jego neurotypowość, tj:			

1. Jeśli podczas przebywania z Adwokatem bardzo źle Pani / Pan się poczuję lub będę miała Pani / Pan wypadek Adwokat powinien o tym zawiadomić o tym:

.....
(proszę wpisać imię i nazwisko oraz numer telefonu wybranej osoby).

2. Czy są ważne sprawy dotyczące Pani / Pana codziennego funkcjonowania, o których Adwokat powinien wiedzieć żeby lepiej Wam się współpracowało? (na przykład choruje Pani / Pan na epilepsję, cukrzycę, alergię, jest nadwrażliwy na coś, na przykład światło albo dźwięk). Jeśli tak, to w jaki sposób Adwokat powinien zachować się w trudnej dla Pani / Pana sytuacji. Proszę opisać poniżej:

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

Informacje o niepełnosprawności:		
Posiadam inne niepełnosprawności.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli tak to:	---	



Jestem osobą niepełnosprawną ruchowo:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli tak to:	---	
- poruszam się samodzielnie lub przy pomocy sprzętu wspomagającego (np. kule, balkonik);	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- poruszam się samodzielnie na wózku aktywnym lub elektrycznym, potrzebuję sporadycznej pomocy w prowadzeniu wózka;	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- poruszam się tylko na wózku ręcznym (wózek musi pchać asystent);	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jestem osobą z dysfunkcją wzroku:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli tak to:	---	
- niewidoma;	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- słabo widząca.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jestem osobą z dysfunkcją słuchu:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli tak to:	---	
- słabo słyszająca, posługuję się mową	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- niemówiąca, posługuję się Systemem Językowo – Migowym (SJM);	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- niemówiąca, posługuję się Polskim Językiem Migowym (PJM);	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jestem osobą z dysfunkcją neurologiczną i trudnościami w mowie, sprawną intelektualnie:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli tak to:	---	
- mówiąca niewyraźnie;	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- niemówiąca, posługuję się systemem komunikacji alternatywnej (np. AAC, tablica komunikacyjna)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Studenta)