***VI. ANEXO:***

*Anexo 1*

***CUESTIONARIO***

***PARA***

***Participación Social Y Medios de Vida de Personas con Discapacidad Mediante Un Enfoque Inclusivo Basado en la Comunidad***

Por favor rellene este cuestionario y presentarlo con su formulario de aplicación.

El formulario de aplicación sin el cuestionario rellenado será descalificado.

\* **Observaciones**: **La solicitud, el cuestionario y el informe del trabajo deben ser impresos en computadora, no manuscritos.**

**DATOS BÁSICOS**

1. Nombre: Sr. /Sra.

Nombre / segundo nombre / apellido

2. Nacionalidad:

3. Dirección de correo electrónico:

4. TEL: FAX: CELULAR:

5. Fecha de nacimiento: Edad:

**DATOS SOBRE DISCAPACIDAD**

1. ¿Tiene alguna discapacidad? ( ) NO ( ) SÍ

Si contestó "SÍ", favor de continuar respondiendo a las siguientes preguntas.

(a) Por favor describa su discapacidad con detalle.
(Si es parapléjico o cuadripléjico, por favor identifique el nivel de lesión, por ejemplo C5 o T10)

(b) Si utiliza cualquier dispositivo de asistencia, por favor en describir.

(c) Si necesita cualquier ayuda durante el viaje a Japón, o durante el curso de capacitación por favor describa con detalle a continuación. (por ejemplo, para transporte, alojamiento, conferencias, etc.)

(d) Para los participantes que usan silla de ruedas propia, por favor rellene lo siguiente:

Tipo ( ) Manual, plegable

( ) Manual, no-plegable

( ) Motorizada con batería de celdas húmedas /

( ) Motorizada con batería de celdas húmedas / Tipo sellado

( ) Motorizada con batería seca

Tamaño Longitud ( cm)

Ancho ( cm)

Altura ( cm)

Peso ( kg)

Si usted requiere solicitar otros arreglos especiales, por favor especifique.

(e) Para los participantes con discapacidad visual o auditiva, por favor, conteste lo siguiente.
Yo necesito usar (por favor marque y rellene el espacio):

( ) Impresos ampliados--- Fuente ( ) y Tamaño ( \_\_\_\_ puntos)

( ) Datos electrónicos --- JAWS Software de lectura de datos en la pantalla electrónica (Inglés)

( ) Datos electrónicos – Otro software (Inglés)

(Por favor especifique )

( ) Intérprete de lengua de signos

( ) Audífonos

( ) Otros (por favor especifique )

***Request for Necessary Arrangement***

***for participant using wheelchair***

To be filled out by passenger.

|  |
| --- |
| Name: Age: Sex: |
| 1. Do you need the wheelchair service at the airport? |
| Yes　□No　 □ | □Necessary for assistance to/from the cabin seat (WCHC)□Cannot ascend/descend stairs, but can walk in the cabin (WCHS)□Can ascend/descend stairs, but cannot walk long distance (WCHR) |
| 2.The reason of using wheelchair | □Advanced age □Injury□Illness(Medical Form is required in the case of hospitalization) Name of Illness　( )-When have you been diagnosed with this illness or when have you been injured? ( )-Have you undergone any surgery? If yes, please provide the date. ( )□Aftereffects of injury/illness ( ) |
| 3. Are you currently on any medication? If yes, please advise what kind of medicine.( ) |
| 4. Do you travel with your own wheelchair? 　　　　 POWER DRIVENYes　□ 　　□Foldable　　　　　　　　 □Non Foldable 　　　　 MANUAL □Foldable□Non FoldableNo　 □ | □Wet cell battery /Spillable/Non Sealed Type(WCBW)□Wet cell battery /Sealed Type□Dry (nickel-cadmium) battery (WCBC)SIZE of the wheelchair (Whole): Length cm / Width cm / Height cm / Weight kgSIZE of the wheelchair (Folded): Length cm / Width cm / Height cm / Weight kg |
| Is seat with a gas spring system? □No □Yes (If yes, it is categorized as “dangerous goods” and may be limited to be brought into aircraft.) |
| \*1: Power driven wheelchairs with spillable batteries are categorized as “dangerous goods” and are permitted to be brought to aircraft only under certain conditions, which will be judged by the airline company.\*2: The number of power driven wheelchairs which are loaded into aircraft is limited, depending on cargo compartment capacity.\*3: You are requested to check your wheelchair at the check-in counter because it takes time to load it. |
| 5. Do you need to travel with your own walking stick?  | □Yes □NoLength (Whole) cmLength (Folded) cm |
| 6. Can you sit upright during take-off and landing? Is wheelchair service needed in cabin? (WCOB) | □Yes □No□Yes □No |
| 7. Do you need help for taking a meal / using toilet in cabin?  | □Yes □No \*If check “Yes”, **you need prepare a Medical Form or an escort for your travel.** |
| 8. Do you need an escort to travel with you? | □Yes □No 　\*If check “Yes”, Please write the name of an escort. |
| Name : 　□Physician □Nurse □Other( ) |

Airline Company may inquire your height and weight because their staff may take you to a seat.
If you need to bring medicine to the airplane, you may be requested to prepare a certificate that the medicine is only for your private use and is necessary to take during the flight.