***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.**

Nombre: Sr. /Sra.

Nombre / segundo nombre / apellido

**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) 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 )

*Anexo 2*

1. Informe del Trabajo

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: País:  | Población: |

[Organización y Descripción del Trabajo]

1. Información básica de su organización.

\* Anexar el organigrama junto con el documento adjunto.

|  |
| --- |
| Ejemplo del Organigrama |

Nombre de la organización:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de su organización: ( ) Gubernamental nacional

( ) Gubernamental local

( ) No-gubernamental

( ) Privada

Estado financiero de su organización:

( ) Independiente

( ) Financiada por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Subsidiada por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Otros (Clarificar abajo.)

Número de empleados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entre ellos, el número de PCDs (Personas con Discapacidad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Roles y funciones de su organización

(1) Organización

(2) Su departamento / sección

3. Actividad en la que participa en su organización.

(1) Título de su posición:

(2) Sus responsabilidades y actividades de trabajo diarias

(3) Actuales Desafíos / limitaciones

(4) Si tiene algunos temas que le gustaría discutir durante el curso, por favor, descríbalos.

(5) Describa brevemente la situación de la participación social de las personas con discapacidad en su país, incluyendo accesibilidad, educación, empleo, vida independiente, los roles jugados por las organizaciones de personas con discapacidad (OPDs) y otros