## *ANNEX-1: Questionnaire*

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellido: |  |
| País: |  |

1. Acerca de la discapacidad

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nombre de la discapacidad |  | | 2. Años de discapacidad | años | |
|
| 3. Condiciones de salud | ¬¬ Buenas | |  | Malas ®® | |
| £ 5 | £ 4 | £ 3 | £ 2 | £ 1 |
| Notas especiales | ( ) | | | | |
| 4. Uso del cuidador  (lo ideal) | Sí/No | horas/día ( horas/día) días/semana ( días/semana) | | | |
| 5.Tipo del uso de los cuidados | a) Cuidado para comer b) Cuidado para bañarse c) Cuidado para ir al baño d) Ayuda para trasladarse y subir e) Otros, cuidados médicos, etc.  ( ) | | | | |
| 6. Contenido de cuidados médicos necesarios |  | | | | |
| 7. Instrumentos necesarios para cuidados y uso cotidiano | a) Silla de ruedas manual b) Silla de ruedas eléctrica c) Bastón  d) Otros ( )  ® De los cuales, instrumentos que llevan de su país. Detalles de los instrumentos médicos que llevan de su país.  ( ) | | | | |
| 8. Otras adaptaciones razonables que desee para participar en las clases o para trasladarse |  | | | | |

2. Antecedentes personales

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Composición familiar | Nombre | Edad | Parentesco | Vive junto o no | Con discapacidad o no |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2. Principal fuente de ingreso | a) Ingreso por profesión b) Ayuda de la familia c) Pensiones  d) Otros ( ) | | | | |
| 3. Ocupación | Sí/No | | Contratación normal / Contratación por discapacidad | | |
| 4. Ingreso mensual | $ | 5. Gastos de cuidados | $ | 6. Gastos de vida diaria | $ |
| 7. Vivienda 1. | a) Vive con sus padres/hermanos b) Vive con su esposa e hijos  c) Vive solo d) Otros ( ) | | | | |
| 2. | a) Vivienda propia b) Vivienda alquilada C) Apartamento (condominio) d) Otros ( ) | | | | |
| 8. Experiencia de vivir solo o lejos de sus padres | Sí/No | Años  ( ~ ) | | Con alguien | Sí/No |
| Razón por la cual dejó de hacerlo  ( ) | | | | |
| 9. La familia está de acuerdo o no sobre su futura vida independiente | ¬¬ Está de acuerdo | |  | No está de acuerdo ®® | |
| £ 5 | £ 4 | £ 3 | £ 2 | £ 1 |
| 10. Actual cuidador suyo | a) Padres/hermanos b) Esposa e hijos c) Cuidador contratado  d) Otros ( ) | | | | |

3. Organización perteneciente

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nombre de la organización perteneciente |  | 2. Nombre del representante | |  | 3. Año de fundación | Año |
| 4. Número de socios | personas | | ® De los cuales, porcentaje de personas con discapacidad % | | | |
| 5. Fuente de financiamiento para actividades | a) Asistencia de las organizaciones de apoyo como empresas y NGOs (nombre de la organización: ) b) Asistencia gubernamental c) Colectas y donaciones  d) Otros ( ) | | | | | |
| 6.Nivel de comprensión de la organización perteneciente sobre esta capacitación | ¬¬ Alto | |  | | Bajo ®® | |
| £ 5 | £ 4 | £ 3 | | £ 2 | £ 1 |
| 7. Vínculo con ex becarios | Sí/No | | Nombre ( ) | | | |
| → Posibilidad de colaboración con ellos después del retorno a su país | ¬¬ Alta | |  | | Baja ®® | |
| £ 5 | £ 4 | £ 3 | | £ 2 | £ 1 |
| 8. Principales actividades de la organización |  | | | | | |
| 9. Su rol en la organización |  | | | | | |
| 10. Motivo o toma de consciencia determinante de su ingreso a la organización perteneciente |  | | | | | |

4. Acerca del acompañamiento del cuidador

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Acompañamiento del cuidador | Necesario/ Innecesario | | | | |
|  | | | | |
| 2. (Si es necesario el acompañamiento) Cuidador que desea que le acompañe | Nombre | Edad | Pertenencia | | Relación |
|  |  |  | |  |
| 3. Intención del acompañante de participar en las actividades después del retorno al país | Sí/No | 4. Intención del cuidador de participar en la capacitación | Sí/No | 5.Experiencia del acompañante en cuidados | Sí/No ( años) |
| 6. Actual involucramiento del acompañante en los cuidados para Usted | Sí/No | años meses ( - ) | | | |

5. Acerca de la participación en la capacitación en Japón

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Aspectos que desea mejorar sobre el ambiente que rodea a las personas con discapacidad en su país |  |
| 2. Asuntos que desea aprender durante la capacitación en Japón |  |
| 3. Cómo planea implementar el Movimiento de Vida Independiente después de participar en la capacitación (refiérase a: http://www.j-il.jp/jil.files/english/aboutjil.html) |  |

6. Acerca de la silla de ruedas a utilizar

|  |  |
| --- | --- |
| Dimensiones (Toda la longitud, anchura y altura, si se puede plegar o no, y el tamaño plegado en caso afirmativo), peso, año de fabricación y otras características de la silla de ruedas que se utilizará durante la estadía en Japón |  |

For candidates with lower limbs disabilities etc.

## *ANNEX-2 Request for Necessary Arrangement*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: Age: Sex: | | | | | | |
| 1. Do you need the wheelchair service at the airport? | | | | | | |
| Yes　□  No　 □ | □Necessary for assistance to/from the cabin seat (WCHC)  □Can not ascend/descend stairs, but can walk in the cabin (WCHS)  □Can ascend/descend stairs, but can not 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?  ( )  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 DRIVEN  Yes　□ □Foldable  SIZE of the wheelchair: Length cm / Width cm / Height cm / Weight kg  Be sure to write everything, If foldable, both folded and unfolded size are necessary.  　　　　　　　　 □Non Foldable    MANUAL  □Foldable  □Non Foldable  No　 □ | | | | □Wet cell battery /Spillable/Non Sealed Type(WCBW)  □Wet cell battery /Sealed Type  □Dry (nickel-cadmium) battery (WCBC) | | |
| 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. Can you sit upright during take-off and landing?  Is wheelchair service needed in cabin? (WCOB) | | | | | | □Yes □No  □Yes □No |
| 6. 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.** | |
| 7. 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.