**Ankieta  
rozeznanie potrzeb na usługi w ramach  
Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024**

***Metryczka:***

Płeć:

☐ kobieta

☐ mężczyzna

Wiek: …………………………………………

1. Proszę o wskazanie osoby, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

☐ dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności,  
☐ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/ z orzeczeniem traktowanym na  
 równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

1. Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

☐dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa),

☐dysfunkcja narządu wzroku,

☐ zaburzenia psychiczne,

☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

☐ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

1. Proszę wskazać wiek osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej: ………………………… lat.
2. Proszę o wskazanie, którą formą wsparcia jest Pan/Pani zainteresowany/a:

a) forma dzienna:

☐ miejsce zamieszkania osoby niepełnosprawnej (za uprzednią zgodą gminy),

☐ dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego   
w formie dziennej,

☐ dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

☐ inne miejscu wskazane przez Uczestnika Programu lub Realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy,

b) forma całodobowa:

☐ za uprzednią zgodą gminy, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,

☐ inne miejscu wskazane przez Uczestnika Programu lub Realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy,

☐ ośrodek wsparcia,

☐ placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

☐ dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego.

1. Proszę o wskazanie, jaką ilością godzin lub/ i dni jest Pan/Pani zainteresowany/a   
   w ramach opieki wytchnieniowej:

☐ pobyt dzienny w ilości ……………… godzin (maksymalnie na jednego uczestnika przypada 240 godzin w roku),

☐ pobyt całodobowy w ilości …………… dni (maksymalnie na jednego uczestnika przypada 14 dni w roku).

Uwagi:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie?

☐ tak

☐ nie

1. Czy w przypadku wybrania dziennej opieki wytchnieniowej ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby świadczyć usługi opieki wytchnieniowej\*?

☐ tak

☐ nie

*\* Usługi opieki wytchnieniowej, mogą być świadczone, przez osoby niebędące członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością.*

*Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.*

*Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety.*