

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.

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

- dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa),
- dysfunkcja narządu wzroku,
- zaburzenia psychiczne,
- dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
- dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
- pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

3. Proszę wskazać wiek osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej: lat.

4. 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.

5. 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:.....
.....

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

- tak
- nie

7. 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.