

Szanowni Państwo !

W związku z możliwością przystąpienia przez gminę Ścinawa w 2026 roku do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn.: „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” prosimy o wypełnienie anonimowej ankiety, która pozwoli ocenić zainteresowanie mieszkańców udziałem w Programie.

Ankieta jest anonimowa i nie stanowi karty zgłoszenia do Programu.

ANKIETA

ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ – edycja 2026

Metryczka:

Płeć:

- ☐ kobieta
☐ mężczyzna

Wiek:

Miejsce zamieszkania:

- ☐ miasto
☐ wieś

Sytuacja rodzinna:

- ☐ osoba samotnie gospodarująca
☐ osoba w rodzinie

1. Proszę o wskazanie rodzaju posiadanego przez Pana/Panią orzeczenia o niepełnosprawności:

- ☐ **orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną*** (lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
- ☐ **orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności** lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- ☐ **orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną*** lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
- ☐ **orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności** lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
- ☐ **orzeczenie dla dzieci w wieku do 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej**

1

* Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności

opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

2. Proszę wskazać przyczynę niepełnosprawności:

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; 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 o wskazanie, jaką ilością godzin jest Pan/Pani zainteresowany/a w ramach asystencji:

- ☐ liczba godzin w miesiącu
- ☐ liczba miesięcy

4. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług asystenta osoby z niepełnosprawnością lub usług obejmujących analogiczne wsparcie?

- ☐ tak
- ☐ nie

5. Czy w przypadku objęcia wsparciem w ramach programu ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję asystenta osoby z niepełnosprawnością ?

- ☐ tak
- ☐ nie

Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety!

* Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności