

Szanowni Państwo!

W związku z możliwością przystąpienia przez gminę Ścinawa do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025r. prosimy o wypełnienie ankiety, która pozwoli ocenić zainteresowanie mieszkańców udziałem w Programie.

ANKIETA

PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA” - EDYCJA 2025r.

Metryczka:

Płeć:

☐ kobieta

☐ mężczyzna

Wiek:

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

☐ dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawność

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

2. Proszę wskazać, czy w stosunku do osoby z niepełnosprawnością, którą się Pan/Pani opiekuje jest:

☐ członkiem rodziny*

☐ osobą obcą sprawującą bezpośrednią opiekę.

3. 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.

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

4. Proszę wskazać wiek osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej: lat .
5. Proszę o wskazanie, którą formą wsparcia jest Pan/Pani zainteresowany/a:
- a) forma dzienna w:
- ☐ miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
 - ☐ innym miejscu np. ośrodku wskazanym przez uczestnika Programu, spełniającym kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy;
- b) forma całodobowa w:
- ☐ innym miejscu np. ośrodku wskazanym przez uczestnika Programu, spełniającym kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy,
 - ☐ ośrodku/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisanym do rejestru właściwego wojewody.
6. 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).
7. Czy osoba, którą się Pan/Pani opiekuje aktualnie jest objęty/a wsparciem w formie np. ośrodka wsparcia, z placówek pobytu całodobowego dziennego domu pomocy, warsztatu terapii zajęciowej?
- ☐ tak
 - ☐ nie
8. Czy w przypadku wybrania dziennej opieki wytchnieniowej ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję opiekuna i spełniałaby wymogi programu* tj. posiadała stosowne wykształcenie lub doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi?
- ☐ tak
 - ☐ nie

Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety!