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

***Metryczka:***

Płeć:

kobieta

mężczyzna

Wiek: …………………………………………

Miejsce zamieszkania:

miasto

wieś

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, jaką ilością jest Pan/Pani zainteresowany/a   
   w ramach opieki wytchnieniowej:

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

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

tak

nie

6. 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

*\*Usługi opieki wytchnieniowej w formie całodobowej i dziennej w miejscach wskazanych powyżej mogą być świadczone przez:*

1. *osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej*

*lub*

1. *osoby posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu itp. (posiadanie doświadczenia, o którym mowa, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym).*

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**www.mgops.pleszew.pl**

tel. +48 (0 62) 580 12 05, e-mail: sekretariat@mgopspleszew.pl