**ANKIETA**

**„Opieka wytchnieniowa”– edycja 2025**

**Szanowni Państwo, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety w zakresie możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach programu. Dane z niniejszej ankiety posłużą Ośrodkowi Pomocy Społecznej
w Górze Kalwarii do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie gminy.**

**1. Płeć osoby z niepełnosprawnością:**

☐ kobieta

☐ mężczyzna

Wiek: ……………………………

**2. 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.

**3. Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby, 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.

**4. W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:**

a) czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej Tak☐/Nie☐;

b) prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie Tak☐/Nie☐;

c) przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania Tak☐/Nie☐;

d) podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem

Tak☐/Nie☐.

**5. Proszę o wskazanie, którą formą wsparcia jest Pan/Pani**

**zainteresowany/a:**

☐ forma dzienna

☐ forma całodobowa

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

☐ tak

☐ nie

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety**