

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 oponowa – 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