

Diagnoza potrzeb mieszkańców Gminy Orneta

ANKIETA dotycząca chęci uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027

1. Czy jest Pan/Pani mieszkańcem Gminy Orneta?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

2. Posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?

- ☐ w stopniu umiarkowanym
- ☐ w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ w stopniu znacznym
- ☐ w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ TAK dziecko z niepełnosprawnością

3. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia: czy dziecko posiada orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej 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?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

4. Czy jest Pan/Pani/ dziecko aktualnie objęty/a/e wsparciem w formie uczestnictwa w ŚDS, WTZ, usług opiekunów, opieka wytchnieniowa?

- ☐ TAK
- ☐ NIE
- ☐ INNE, jakie

5. Czy jest Pan/Pani osobą samotnie mieszkającą i gospodarującą, nie korzystającą ze wsparcia innych osób?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

6. Czy zмага się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:

- ☐ komunikowania się:
(informacje na temat ograniczeń)
- ☐ poruszania się:
(informacje na temat ograniczeń)
- ☐ Inne (jakie?)

7. Jaką ilością godzin usług asystenta miesięcznie byłby/byłaby Pan/Pani zainteresowany/a?

- ☐ do 30 godzin miesięcznie
- ☐ do 60 godzin miesięcznie

8. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pan/Pani osobę Asystenta?

☐ TAK

☐ NIE

Metryczka:

Wiek.....