*Szanowni Państwo,*

od kilku, a nawet kilkunastu lat mam przyjemność współpracy z osobami niepełnosprawnymi z terenu naszego Powiatu (i nie tylko), a także z rodzinami i opiekunami tych osób. Przy każdej nadarzającej się okazji do spotkania (których w obecnych czasach jest zdecydowanie za mało), czy też rozmów przeprowadzanych w ramach codziennej współpracy otrzymujemy wiele sygnałów, wręcz obaw związanych z dalszym sprawowaniem opieki nad osobami zależnymi. Najbliżsi członkowie rodzin naszych Uczestników wyrażają obawy związane z tym co stanie się z ich podopiecznymi w sytuacji gdy ich zabraknie. Niestety statystki demograficzne mówią same za siebie i są nieubłagalne. W większości jednoznacznie wskazują na ujemny przyrost naturalny, co jasno obrazuje starzenie się naszej lokalnej społeczności.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom i wsłuchując się w potrzeby Uczestników ŚDS w Nowych Litewnikach oraz ich najbliższego otoczenia zwracam się do Państwa z prośbą o rozważenie powstania ośrodka całodobowego wsparcia na terenie Powiatu Łosickiego. Zarówno ośrodki wparcia dziennego jak i całodobowego takie jak ŚDS lub DPS funkcjonują z powodzeniem na terenie innych powiatów od ponad 20 lat. Z tego powodu jestem przekonany, że w naszym Powiecie taka inicjatywa znajdzie również swoich zwolenników.

W celu zdiagnozowania sytuacji w naszym Powiecie przedstawiam poniższą ankietę, z której wyniki pomogą nam w pewnym stopniu zobrazować problem. W zależności od wyników badań zamierzam w przyszłości zwrócić się z prośbą o udostępnienie danych związanych z liczbą zgonów i urodzeń w poszczególnych Gminach oraz uzupełnić informacje dot. osób niepełnosprawnych w Powiecie Łosickim w oparciu o dane z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności. W przypadku zainteresowania umieszczeniem osoby niepełnosprawnej ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym w całodobowym ośrodku wsparcia. Dołączam również wstępną deklarację uczestnictwa, która w jeszcze większym wymiarze pozwoli rozeznać lokalne potrzeby w powyższym zakresie.

Z góry dziękuję i bardzo proszę o przekazanie wymienionych poniżej dokumentów do 31 października 2021 r. do ŚDS w Nowych Litewnikach lub pozostawienie ich w Ośrodkach Pomocy Społecznej. Po wcześniejszym kontakcie odbiorę dokumenty osobiście.

Z pozdrowieniami

Sylwester Siennicki

**Ankieta diagnoza potrzeb**

**w zakresie całodobowego wsparcia osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Łosickiego**

*Poniższa ankieta skierowana jest do mieszkańców Powiatu Łosickiego zajmujących się opieką nad osobami z niepełnosprawnością oraz wszystkich osób z najbliższego otoczenia jak np. rodzin, sąsiadów, osób wspierających i działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami, w tym pracowników pomocy społecznej. Ankieta ma za zadanie zobrazowanie obecnej sytuacji w zakresie możliwości całodobowego wsparcia osób z niepełnosprawnościami na terenie Powiatu Łosickiego – ankieta jest anonimowa. Wyniki badania w głównej mierze posłużą przy ewentualnym ubieganiu się o środki na utworzenie Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego przy Środowiskowym Domu Samopomocy w Nowych Litewnikach lub w innym dogodnym miejscu na terenie Powiatu Łosickiego, które będzie miało na celu zapewnienie wsparcia w formie całodobowego pobytu.*

*Jednocześnie chciałbym zaznaczyć, że w ramach w/w programu istnieje możliwość również budowy od podstaw nowego ośrodka jak również adaptacji używanego, z zastrzeżeniem do 500 m2 powierzchni całkowitej. W grę wchodzi także zakup nieruchomości na potrzeby inwestycji.*

*Z góry dziękuję za rzetelne wypełnienie ankiety.*

1. **Sytuacja Rodzinna**
2. **Czy w Pani/Pana rodzinie lub najbliższym otoczeniu znajdują się osoby z niepełnosprawnością?**

□ tak

□ nie

1. **Czy w przypadku braku możliwości sprawowania opieki nad osobą zależną Pani/Pana podopieczna/y może liczyć na wsparcie ze strony członków rodziny lub najbliższego otoczenia?**

□ tak

□ nie

□ nie dotyczy

1. **Czy Pani/Pan rozważał/a kiedykolwiek możliwość umieszczenia członka swojej rodziny w ośrodku zapewniającym całodobową opiekę?**

**□** tak

**□** nie

□ nie dotyczy

1. **Czy w przypadku zdecydowania się na umieszczenie członka swojej rodziny w całodobowym ośrodku wsparcia ma dla Pani/Pana znaczenie odległość od miejsca zamieszkania?**

**□** tak odległość ma duże znacznie

□ w żadnym wypadku odległość nie ma znaczenia

□ trudno powiedzieć

□ nie dotyczy

1. **Sytuacja Zdrowotna**
2. **Czy obecna sytuacja zdrowotna pozwala na świadczenie niezbędnej opieki dla niepełnosprawnego członka Pani/Pana rodziny?**

**□** tak

□ nie

□ w chwili obecnej tak, jednak za jakiś czas mogę nie podołać temu zadaniu

□ nie dotyczy

1. **Jaki stopień niepełnosprawności posiada Pani/Pana podopieczny?**

□ lekki

□ umiarkowany

□ znaczny

□ nie dotyczy

1. **Jaka jest przyczyna niepełnosprawności Pani/Pana podopiecznego *(można wymienić kilka)*?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy uwzględniając sytuację zdrowotną Pani/Pana podopiecznego jest on/a w stanie samodzielnie funkcjonować?**

**□** tak

**□** nie

□ nie dotyczy

1. **Sytuacja Materialna**
2. **Czy w przypadku umieszczenia niepełnosprawnego członka rodziny w całodobowym ośrodku wsparcia jest Pani/Pan w stanie ponosić koszty odpłatności z tego tytułu?**

□ nie jestem w stanie ponieść kosztów pobytu

□ jestem w stanie przeznaczyć 25% świadczeń mojego podopiecznego

□ jestem w stanie przeznaczyć 75% świadczeń mojego podopiecznego

□ jestem w stanie pokryć całość kosztów utrzymania mojego podopiecznego niezależnie od kwoty

□ nie dotyczy

1. **Czy otrzymywane w chwili obecnej świadczenia pozwalają na utrzymanie i zabezpieczenie podstawowych potrzeb życiowych Państwa rodziny?**

□ nie pozwalają nawet na zabezpieczenie niezbędnych potrzeb

□ pozwalają zaledwie w niewielkim stopniu

□ pozwalają częściowo zabezpieczyć niezbędne potrzeby

□ pozwalają całkowicie zabezpieczyć niezbędne potrzeby

□ z nadwyżką pozwalają zabezpieczyć niezbędne potrzeby

□ nie dotyczy

1. **Potrzeby w zakresie wsparcia**
2. **Czy w Pani/Pana opinii utworzenie ośrodka wsparcia całodobowego na terenie powiatu łosickiego jest potrzebne?**

□ zdecydowanie tak jest taka konieczność

□ raczej tak

□ trudno powiedzieć

□ raczej nie

□ zdecydowanie nie ma takiej potrzeby

1. **Czy w Pani/Pana przypadku istnieje możliwość korzystania z usług ośrodka wsparcia dziennego (jeżeli tak to jaki)?**

□ tak – (*proszę o wskazanie ośrodka wsparcia dziennego np. ŚDS, WTZ itp.*)

……………………………………………………………………………………………………………………

□ nie

1. **Jakie są Pani/Pana oczekiwania względem skierowania wsparcia ze strony samorządów gminnych, powiatowych oraz innych rządowych instytucji?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Gdyby na terenie Powiatu Łosickiego miał powstać ośrodek całodobowego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością, w której z Gmin miałby w Pani/Pana ocenie najbardziej korzystną lokalizację?**

**□** Miasto i Gmina Łosice

□ Gmina Olszanka

□ Gmina Platerów

□ Gmina Huszlew

□ Gmina Stara Kornica

□ Gmina Sarnaki

□ Żadna z w/w

1. **Metryczka**
2. **Płeć**

□ Kobieta

□ Mężczyzna

1. **Wiek**

**□** 18-30 lat

□ 31-40 lat

□ 41-50 lat

□ 51-60 lat

□ powyżej 60 lat

1. **Miejsce zamieszkania**

□ wieś

□ miasto

1. **Anonimowe dane dot. ankietowanych**

**□** osoba z niepełnosprawnością

□ członek rodziny lub najbliższego otoczenia osób z niepełnosprawnościami

□ przedstawiciel instytucji pomocy społecznej OPS, PCPR, ŚDS, inne

□ przedstawiciel władz samorządowych na szczeblu Powiatowym/Gminnym

□ inne, jakie ……………………………………………………………………………………………..

1. **Miejsce na dodatkowe uwagi/informacje**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................................

**WSTĘPNA DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**W CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNYM**

□ Deklaruje udział w całodobowym ośrodku wsparcia natychmiast po jego ewentualnym utworzeniu\*

□ Deklaruje udział w całodobowym ośrodku wsparcia w przyszłości\*

…………………………

(podpis)

\* Powyższe deklaracje nie mają skutku prawnego oraz nie roszczą zobowiązań finansowych. Pozwalają jednak w pewnym stopniu określić potrzebę realizacji takiej inwestycji.

\* Wypełnienie deklaracji dotyczy wyłącznie osób zainteresowanych objęciem ewentualnym wsparciem, nie jest obowiązkowa.