

ANKIETA

OPIEKA WYTCHNIENIOWA DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2025

Szanowni Państwo, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety w zakresie możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach programu. Dane z niniejszej ankiety posłużą Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Proszowicach do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie powiatu.

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/specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie?

- tak
- nie

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!