

**ANKIETA dot. zapotrzebowania na wsparcie w ramach programu
„Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2027”.**

**właściwą odpowiedź zaznaczyć X*

Metryczka:

- ☐ Imię i nazwisko:
- ☐ Miejsce zamieszkania:
- ☐ Wiek:
- ☐ Nr telefonu:

Proszę o wskazanie osoby, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

- ☐ dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- ☐ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/z orzeczeniem na równi traktowanym z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Proszę wskazać wiek osoby niepełnosprawnej:

- ☐ lat

Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby która wymaga opieki:

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia, dziecięce porażenie mózgowe, stwardnienie rozsiane, dystrofia mięśniowa, przebyta przepuklina oponowa– rdzeniowa),
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku,
- ☐ zaburzenia psychiczne,
- ☐ dysfunkcja o podłożu neurologicznym,
- ☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
- ☐ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

- ☐ czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej,
- ☐ prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie,
- ☐ przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania,
- ☐ podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem.

Czy zamieszkuje Pan/Pani we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuje bezpośrednią opiekę nad tą osobą?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Proszę o wskazanie którą formą wsparcia jest Pan/Pani zainteresowany/a:

- ☐ forma dzienna
(w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej),
- ☐ **forma całodobowa**
(w ośrodku/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, innym miejscu np. ośrodku wskazanym przez uczestnika Programu, spełniającym kryteria dostępności).

Czy w przypadku wybrania dziennej formy wsparcia ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję opiekuna i spełniałaby wymogi programu*, tj. posiadała stosowne wykształcenie lub doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi?

○ TAK

○ NIE

**osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub innym zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej, lub*

**osoby posiadające co najmniej 6 – miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. (posiadanie doświadczenia o których mowa powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym).*

***Usługi opieki wytchnieniowej w formie całodobowej i dziennej w miejscach wskazanych powyżej **nie mogą być świadczone** przez członków rodziny osoby z niepełnosprawnością: wstępnych (pokrewieństwo w linii prostej –rodzic, dziadek, babcia, pradziadek, prababcia) lub zstępnych (potomek tej samej osoby dziecko, wnuk, prawnuk, praprawnuk) małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.*

.....
Data i podpis opiekuna osoby z niepełnosprawnością