

## ANKIETA - OPIEKA WYTCHNIENIOWA

Wypełnienie ankiety pozwoli nam przygotować indywidualną, spersonalizowaną ofertę,  
zgodną z oczekiwaniami Opiekuna i Podopiecznego

### Ankieta wypełnia:

- Osoba potrzebująca wsparcia
- Opiekun
- inna osoba (np. sąsiad) .....

### Prosimy o podanie danych Osoby do objęcia wsparciem:

#### 1. Płeć:

- kobieta
- mężczyzna

#### 2. Wiek ..... lat

#### 3. Miejsce zamieszkania:

- miasto / miejscowość .....
- gmina ....., powiat .....

#### 4. Warunki zamieszkania:

- mieszka samodzielnie
- z rodziną lub opiekunem
- mieszkanie
- dom

#### 5. Proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi - Osoba do objęcia wsparciem to:

- dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/ z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.
- inna osoba ( np. w podeszłym wieku): .....

#### 6. Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności:

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

**7. Proszę o wskazanie, którą formą wsparcia jest Pan/Pani zainteresowany/a:**

a) forma dzienna w:

- miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
- innym miejscu np. ośrodka wskazanym przez opiekuna, spełniającym kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy,

b) forma całodobowa w:

- innym miejscu np. ośrodka wskazanym przez uczestnika, spełniającym kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy,
- ośrodka/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisanym do rejestru właściwego wojewody.
- inne, proszę wymienić jakie.....

**8. Proszę o wskazanie, jaką ilością godzin lub/ i dni jest Pan/Pani zainteresowany/a w ramach opieki wytchnieniowej:**

- pobyt dzienny w ilości ..... godzin (od poniedziałku do piątku)
- pobyt całodobowy w ilości ..... dni (maksymalnie na jednego uczestnika przypada 14 dni w roku),
- inne oczekiwania (np. poniedziałek 10-14, wtorek 7-17 itp.)

**9. Czy jest aktualnie lub w ciągu ostatnich 6 miesięcy udzielane jest/było wsparcie w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne usługi?**

- tak, jakie .....
- nie

**10. Czy w przypadku wybrania dziennej opieki wytchnieniowej 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 (np. dotychczasowy opiekun medyczny)?**

- tak
- nie

*\*Usługi opieki wytchnieniowej w formie całodobowej i dziennej w miejscach wskazanych powyżej mogą być świadczone przez:*  
1. osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej lub  
2. 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 którym mowa, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym).

**Prosimy o dane tej osoby oraz o informację, czy w rozmowie możemy powołać się, iż dane otrzymaliśmy od Pani/Pana .....**

**Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety – skontaktujemy się z Państwem telefonicznie w ciągu kilku dni roboczych.**

**Prosimy o podanie danych kontaktowych:**

.....  
.....  
\_\_\_\_\_