**ANKIETA**

**OPIEKA WYTCHNIENIOWA**

Szanowni Państwo, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety w zakresie możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach programu „Opieka wytchnieniowa”.

Dane z niniejszej ankiety posłużą Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Łęcznej do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie Gminy Łęczna i oszacowania zainteresowania mieszkańców Gminy Programem.

***Metryczka:***

Płeć:

[ ]  kobieta

[ ]  mężczyzna

Wiek: …………………………………………

1. 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.

1. Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

[ ]  dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa),

[ ] dysfunkcja narządu wzroku,

[ ]  zaburzenia psychiczne,

[ ]  dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

[ ]  dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

[ ]  pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

1. Proszę wskazać wiek osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej: ………………………… lat .
2. Proszę o wskazanie, którą formą wsparcia jest Pan/Pani zainteresowany/a:

a) forma dzienna w:

[ ]  miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,

b) forma całodobowa w:

[ ]  innym miejscu np. ośrodku wskazanym przez uczestnika Programu, spełniającym
 kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy,

[ ]  ośrodku/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym
 wpisanym do rejestru właściwego wojewody.

1. Czy zamieszkuje Pan/Pani we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuje całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną?

[ ]  tak

[ ]  nie

 6. Czy osoba niepełnosprawna jest objęta wsparciem w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie?

[ ]  tak

[ ]  nie

7. 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?

[ ]  tak

[ ]  nie

*\*Usługi opieki wytchnieniowej w formie całodobowej i dziennej w miejscach wskazanych powyżej mogą być świadczone przez:*

1. *posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej2), pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach
 i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym,*

*lub*

1. *posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, oraz*

 *w przypadku wskazania przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu„ Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu, zwanej dalej „Kartą zgłoszenia do Programu” są przygotowane do świadczenia usług opieki wytchnieniowej, co zostanie potwierdzone oświadczeniem uczestnika Programu.*

*Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety!*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_