## **ANKIETA dot. zapotrzebowania na wsparcie w ramach programu**

## **„Opieka Wytchnieniowa – edycja 2025”.**

*\*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 oponowo – 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, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.*

*…………………………………………………*

 *Data i podpis opiekuna osoby z niepełnosprawnością*