**ANKIETA**

**- zapotrzebowanie na formę pomocy z programu „Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**Metryczka**

Płeć:

[ ]  kobieta

[ ]  mężczyzna

Wiek: ……………………………

1. **Czy jest Pan/Pani mieszkańcem Krosna?**[ ]  tak,
[ ]  nie
2. **Proszę o wskazanie osoby, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:**

[ ]  dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności………….lat,
[ ]  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,

[ ]  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,

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

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

[ ]  pobyt dzienny w ilości do 240 godzin,

[ ]  pobyt całodobowy w ilości do 14 dni w roku,

1. **Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie?**

[ ]  tak

[ ]  nie

Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety!