

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 Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Konstantynowie do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie gminy Konstantynów i oszacowania zainteresowania mieszkańców Gminy Programem.

Metryczka:

Płeć:

- kobieta
- mężczyzna

Wiek:

Miejsce zamieszkania:.....

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.
2. Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:
 - dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa),
 - dysfunkcja narządu wzroku,
 - zaburzenia psychiczne,
 - dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
 - dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
 - pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.
3. Proszę wskazać wiek osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej: lat.
4. 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. ośrodka wskazanym przez uczestnika Programu, spełniającym kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy,

- ośrodka/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisanym do rejestru właściwego wojewody.
5. Czy zamieszkuje Pan/Pani we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuje całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną?
- tak
 nie
6. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a 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. 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).*

Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety!
