**ANKIETA**

OPIEKA WYTCHNIENIOWA DLA JEDNOSTEK SAMORZADU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2025

Szanowni Państwo, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety w zakresie możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach programu. Dane z niniejszej ankiety posłużą Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Sulejówku do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie Miasta .

1. **Płeć osoby z niepełnosprawnością:**

 ☐ 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, 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. **W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:**
2. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej Tak☐/Nie☐;
3. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie Tak☐/Nie☐;
4. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania Tak☐/Nie☐;
5. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem

Tak☐/Nie☐.

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

☐ forma dzienna

☐ forma całodobowa

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

☐ tak

☐ nie

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!