

ANKIETA

OPIEKA WYTCHNIENIOWA DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2026

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:

2. 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.

3. 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 oponowa – rdzeniowa), ☐ dysfunkcja narządu wzroku, ☐ zaburzenia psychiczne,

☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

☐ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

4. W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

a) czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej Tak☐/Nie☐.

b) prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie Tak☐/Nie☐.

c) przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania Tak☐/Nie☐.

d) podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem

Tak☐/Nie☐.

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

- ☐ forma dzienna
- ☐ forma całodobowa

6. 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!