

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 Oleśnie do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie gminy Olesno i oszacowania zainteresowania mieszkańców Gminy Programem.

Metryczka:

Płeć:

- 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.

2. Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

- dysfunkcja narządu ruchu (wpisać jakie schorzenie.....),
- 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. Czy zamieszkuje Pan/Pani we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuje całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną?

- tak
- nie

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

- tak
- nie

6. 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).*
- 3) *zostaną wskazane przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu.*

Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety!
