

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 Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Pszowie do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie gminy Pszów i oszacowania zainteresowania mieszkańców Gminnym Programem.

Metryczka:

Imię i Nazwisko:

Wiek:.....

Nr telefonu:

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. 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.

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!

Ankiety należy dostarczyć do Ośrodka Pomocy Społecznej w Pszowie, ul. Traugutta 48, w dni robocze od 7.30 do 15.30 do dnia **08.11.2024r.**

UWAGA!! Złożenie dokumentu nie służy przyznaniu usług na 2025 rok, a jedynie diagnozie potrzeb mieszkańców Gminy Pszów.

Dodatkowe informacje udzielane są pod numerem telefonu:

32 455 75 86 lub 32 729 10 46 w godzinach pracy Ośrodka