

# ANKIETA

## OPIEKA WYTCHNIENIOWA

Szanowni Państwo, w związku z ogłoszeniem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej programu „Opieka wytchnieniowa”, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety w zakresie możliwości skorzystania ze wsparcia powyższego programu.

Dane z niniejszej ankiety posłużą Miejsko-Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Rynie do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie gminy Ryn i oszacowania zainteresowania mieszkańców Gminy Programem.

Wypełnione ankiety należy złożyć do dnia 15 listopada 2024r. w siedzibie MGOPS Ryn ul. Ratuszowa 2, lub wypełnić na miejscu.

Kontakt telefoniczny: 87 429 73 13

### ***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 (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.

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,

innym miejscu np. ośrodka wskazanym przez uczestnika Programu, spełniającym kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy,

b) forma całodobowa w:

innym miejscu np. ośrodka wskazanym przez uczestnika Programu, spełniającym kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy,

ośrodka/placówki zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisanym do rejestru właściwego wojewody.

5. Proszę o wskazanie, jaką ilością godzin lub/ i dni jest Pan/Pani zainteresowany/a w ramach opieki wytchnieniowej:

pobyt dzienny w ilości ..... godzin (maksymalnie na jednego uczestnika przypada 240 godzin w roku),

pobyt całodobowy w ilości ..... dni (maksymalnie na jednego uczestnika przypada 14 dni w roku).

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!*