

## ANKIETA

### OPIEKA WYTCHNIENIOWA DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU 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: .....

#### 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!