**ANKIETA**

**OPIEKA WYTCHNIENIOWA**

***Metryczka:***

Płeć podopiecznego wymagającej wsparcia:

[x]  kobieta

[x]  mężczyzna

Wiek: …………………………………………

1. Proszę o wskazanie osoby, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

[x]  dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności,
[x]  osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/ z orzeczeniem traktowanym
na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

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

[x]  dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa),

[x] dysfunkcja narządu wzroku,

[x]  zaburzenia psychiczne,

[x]  dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

[x]  dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

[x]  pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

1. Proszę wskazać wiek osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej: ………………………… lat .
2. Proszę o wskazanie, którą formą wsparcia jest Pan/Pani zainteresowany/a:

a) forma dzienna w:

[x]  miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,

[x]  innym miejscu np. ośrodku wskazanym przez uczestnika Programu, spełniającym kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy,

b) forma całodobowa w:

[x]  innym miejscu np. ośrodku wskazanym przez uczestnika Programu, spełniającym kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy,

[x]  ośrodku/placówce zapewniającym całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisanym do rejestru właściwego wojewody.

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

[x]  pobyt dzienny w ilości ……………… godzin (maksymalnie na jednego uczestnika przypada 240 godzin w roku),

[x]  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?

[x]  tak

[x]  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?

[x]  tak

[x]  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*

1. *osoby posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych 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!*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pajęcznie, ul. Parkowa 8/12, 98-330 Pajęczno, telefon 34/311-10-13,
e-mail: mgops@pajeczno.pl