**ANKIETA**

**OPIEKA WYTCHNIENIOWA 2025**

***Metryczka:***

Płeć:

☐ kobieta

☐ mężczyzna

Wiek: …………………………………………

Miejsce zamieszkania/ sołectwo

☐ Gierałtowice ☐ Chudów

☐ Przyszowice ☐ Paniówki

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.

☐ niepełnosprawność w stopniu znacznym / z orzeczeniem traktowanym
na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności o charakterze sprzężonym

1. 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 oponowo – rdzeniowa),

☐dysfunkcja narządu wzroku,

☐ zaburzenia psychiczne,

☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

☐ 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:

☐ miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,

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

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.

1. 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*

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!*

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

Ośrodek Pomocy Społecznej w Gierałtowicach , 44-186 Gierałtowice, ul. Powstańców Śl.1 ,

 e-mail swiadczenia@ops.gieraltowice.pl , tel. 32 3011528