ANKIETA DIAGNOSTYCZNA

Rozpoznanie potrzeb w zakresie realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2027

Szanowni Państwo,

prosimy o wypełnienie anonimowej ankiety, której celem jest rozpoznanie potrzeb mieszkańców miasta Leszno w zakresie korzystania z opieki wytchnieniowej w 2027 roku. Uzyskane informacje posłużą do, zaplanowania skali i form wsparcia na terenie miasta oraz jako dane do złożenia wniosku.

1. Czy sprawuje Pani/Pan bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością?

☐ Tak ☐ Nie

2. W jakim wieku jest osoba wymagająca opieki?

☐ Do 16 lat ☐ 16–18 lat ☐ Powyżej 18 lat

3. Jaki stopień niepełnosprawności posiada osoba wymagająca opieki?

☐ Znaczny ☐ traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (wymienione w lit. a, zgodnie z art 5 i art 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych) ☐ Orzeczenie o niepełnosprawności (od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia)

4. Czy ma Pani/Pan możliwość skorzystania z pomocy innych osób w sprawowaniu opieki?

☐ Tak, regularnie ☐ Sporadycznie ☐ Nie

5. Jaką formą opieki wytchnieniowej jest Pani/Pan zainteresowana/y?

☐ Pobyt dzienny (w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością)

☐ Pobyt całodobowy (w miejscu wskazanym przez realizatora)

6. W jakim wymiarze potrzebowałaby/potrzebowałby Pani/Pan wsparcia?

☐ Kilka godzin tygodniowo

☐ Kilka dni w miesiącu

☐ Regularnie, kilka razy w tygodniu

☐ Według bieżących potrzeb

7. W jakim celu chciałaby/chciałby Pani/Pan skorzystać z opieki wytchnieniowej?

☐ Odpoczynek i regeneracja sił

☐ Załatwienie spraw osobistych i urzędowych

☐ Wizyta lekarska lub rehabilitacja

☐ Inne: .....

8. Dodatkowe uwagi dotyczące potrzeb w zakresie opieki wytchnieniowej:

.....

Miejscowość: LESZNO Data wypełnienia: .....