

OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ

ul. Spokojna 10, 21-230 Sosnowica

Ankieta rozeznanie potrzeb na usługi w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024

Metryczka:

Płeć:

- kobieta
 mężczyzna

Wiek:

Miejsce zamieszkania:

- miasto
 wieś

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 mózgowie; 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, jaką ilością jest Pan/Pani zainteresowany/a w ramach opieki wytchnieniowej:

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

5. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie?

tak

nie

6. 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 wypełnienie ankiety!