

Szanowni Państwo !

W związku z możliwością przystąpienia przez gminę Ścinawa w 2025 roku do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn.: „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” prosimy o wypełnienie anonimowej ankiety, która pozwoli ocenić zainteresowanie mieszkańców udziałem w Programie.

Ankieta jest anonimowa i nie stanowi karty zgłoszenia do Programu.

ANKIETA

ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ – edycja 2025

Metryczka:

Płeć:

- kobieta
 mężczyzna

Wiek:

Miejsce zamieszkania:

- miasto
 wieś

1. Proszę o wskazanie rodzaju posiadanego przez Pana/Panią orzeczenia o niepełnosprawności:

- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną*** (lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności** lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną*** lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
- orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności** lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
- orzeczenie dla dzieci w wieku do 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem:** konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

1

* Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności

2. Proszę wskazać przyczynę niepełnosprawności:

- 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 o wskazanie, jaką ilością godzin jest Pan/Pani zainteresowany/a w ramach asystencji:

- liczba godzin w miesiącu
- liczba miesięcy

4. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług asystenta osoby z niepełnosprawnością lub usług obejmujących analogiczne wsparcie?

- tak
- nie

5. Czy w przypadku objęcia wsparciem w ramach programu ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję asystenta osoby z niepełnosprawnością ?

- tak
- nie

Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety!