

## ANKIETA

### - zapotrzebowanie na formę pomocy z programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

#### Metryczka

Płeć:

- kobieta  
 mężczyzna

Wiek: .....

1. **Czy jest Pan/Pani mieszkańcem Gminy Brzostek?**  
 tak,  
 nie
2. **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.
3. **Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:**  
 dysfunkcja narządu ruchu,  
 dysfunkcja narządu wzroku,  
 zaburzenia psychiczne,  
 dysfunkcje o podłożu neurologicznym,  
 dysfunkcja narządu mowy i słuchu,  
 pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.
4. **Proszę wskazać wiek osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:** ..... lat.
5. **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.
6. **Proszę o wskazanie, jaką ilością godzin lub/ i dni jest Pan/Pani zainteresowany/a w ramach opieki wytchnieniowej:**  
 pobyt dzienny w ilości do 240 godzin,  
 pobyt całodobowy w ilości do 14 dni w roku,
7. **Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie?**  
 tak  
 nie

Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety!