



Ankieta
rozeznanie potrzeb na usługi w ramach
Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026

Płeć:

☐ kobieta

☐ mężczyzna

Wiek:

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. Mam pod opieką:

☐ jedną osobę / dziecko z niepełnosprawnością,

☐ więcej niż jedną osobę/dziecko z niepełnosprawnością.

3. 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 oponowa – rdzeniowa),

☐ dysfunkcja narządu wzroku,

☐ zaburzenia psychiczne,

☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

☐ pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

4. 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.

5. 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).

Uwagi:.....
.....

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 świadczyć usługi opieki wytchnieniowej*? ☐ tak

☐ nie

*Usługi opieki wytchnieniowej w formie całodobowej i dziennej w miejscach wskazanych powyżej mogą być świadczone przez osoby które:

1. posiadają dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, lub

2. posiadają co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie 12 zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, lub 3) zostaną wskazane przez uczestnika.

Prosimy o podanie danych kontaktowych:

.....
.....
.....

Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety.