## **Diagnoza potrzeb mieszkańców Gminy Olszanica**

## **ANKIETA**

## **dotycząca potrzeb w zakresie uczestnictwa mieszkańców Gminy Olszanica w Programie Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.**

1. **Czy jest Pan/Pani/dziecko mieszkańcem Gminy Olszanica ?**
* TAK
* NIE
1. **Czy Pan/Pani/dziecko posiadacie ? – proszę zakreślić właściwe:**
* znaczy stopień niepełnosprawności,
* umiarkowany stopień niepełnosprawności,
* orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, np. I lub II grupa inwalidzka przyznawana przez orzecznika ZUS,
* niepełnosprawności sprzężone ( przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności )
* w przypadku dziecka od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – 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. **Czy jest Pan/Pani/dziecko aktualnie objęty/a/e wsparciem w formie uczestnictwa w ŚDS, usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych?**
* TAK
* NIE
1. **Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?**
* TAK
* NIE
1. **Czy zmaga się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:**
* komunikowania się: …………………………………………………………………

(informacje na temat ograniczeń)

* poruszania się: …………………………………………………………………

(informacje na temat ograniczeń)

* Inne (jakie?) ………………………………………………………………………………
1. **Jaką liczbą godzin usług asystenta miesięcznie byłby/byłaby Pan/Pani zainteresowany/a?**
* do 30 godzin miesięcznie
* do 40 godzin miesięcznie
* do 60 godzin miesięcznie
* do 70 godzin miesięcznie w przypadku osób posiadających znaczny stopień niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną
1. **Czy Pan/Pani/dziecko korzystacie/korzystaliście z usług asystencji osobistej?**

**□ TAK**

**□ NIE**

**Metryczka:**

**Płeć**

* Kobieta
* Mężczyzna

**Wiek**………..................**/ Wiek dziecka** ………………

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**