

ANKIETA
OPIEKA WYTCHNIENIOWA
NA ROK 2025

Szanowni Państwo, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety w zakresie możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach programu „Opieka wytchnieniowa”.

Dane z niniejszej ankiety posłużą Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Trzcińsku -Zdroju do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie gminy Trzcińsko-Zdrój i oszacowania zainteresowania mieszkańców Gminy Programem.

1. Proszę o wskazanie osoby, którą się Pan/Pani opiekuje:

- 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 z niepełnosprawnością, którą się Pan/Pani opiekuje:

- 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.

3. Proszę wskazać wiek osoby z niepełnosprawnością, którą się Pan/Pani opiekujelat.

4. Proszę o wskazanie, którą formą wsparcia jest Pan/Pani zainteresowany/a:

a) forma dzienna w:

- miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,

b) forma całodobowa w:

- innym miejscu np. ośrodku wskazanym przez uczestnika Programu, spełniającym kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy,
- ośrodka/placówki zapewniającym całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością,
- miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.

5. Czy zamieszkuje Pan/Pani we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawnością i sprawuje całodobową opiekę nad osobą z niepełnosprawnością?

- tak
- nie

6. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych/asystentem osobistym osoby z niepełnosprawnością lub usług obejmujących analogiczne wsparcie?

- tak
- nie

7. Czy 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 z niepełnosprawnością?

- 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). lub*
- 3. osoby wskazane przez uczestnika Programu w karcie zgłoszenia, pod warunkiem, że uczestnik Programu oświadczy, że osoba wskazana jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.*

***Usługi opieki wytchnieniowej w formie całodobowej i dziennej w miejscach wskazanych powyżej **nie mogą** być świadczone przez członków rodziny osoby z niepełnosprawnością: wstępnych (pokrewieństwo w linii prostej – rodzic, dziadek, babcia, pradziadek, prababcia) lub zstępnych (potomek tej samej osoby dziecko, wnuk, prawnuk, praprawnuk) małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.*

Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety!

Ankiety należy dostarczyć do Ośrodka Pomocy Społecznej w Trzcíńsku- Zdroju ul. Rynek 12 do dnia **31.10.2024r.**

Złożenie dokumentu nie służy przyznaniu usług na 2025 rok, a jedynie diagnozie potrzeb mieszkańców Gminy Trzcíńsko-Zdrój.

Dodatkowe informacje udzielane są pod numerem telefonu:
91 4 148 419 w godzinach pracy OPS.