

ANKIETA
OPIEKA WYTCNIENIOWA
NA ROK 2025

Szanowni Państwo, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety w zakresie możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach programu. Dane z niniejszej ankiety posłużą Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Kudowie-Zdroju do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie gminy Kudowa-Zdrój.

Dane podstawowe członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę:

imię i nazwisko:

PESEL:

adres zamieszkania:

telefon kontaktowy:

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.

Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

- dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa),
- dysfunkcja narządu wzroku,
- zaburzenia psychiczne,
- dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
- dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
- pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

Proszę wskazać wiek osoby z niepełnosprawnością, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej: lat.

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

tak

nie

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

Czy w przypadku wybrania dziennej opieki wytchnieniowej ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję opiekuna?

tak

nie

Jeżeli **tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby:

Usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone przez osoby niebędące członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością, które:

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

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.

lub

zostaną wskazane przez uczestnika Programu w karcie zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

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.

ANKIETA NIE STANOWI KARTY ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU

.....
data i podpis

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!