**ANKIETA**

**Opieka wytchnieniowa**

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

Program „Opieka wytchnieniowa” kierowany jest do członków rodzin lub opiekunów, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności. Uczestnik Programu, któremu przyznano pomoc w postaci usług opieki wytchnieniowej nie ponosi odpłatności za w/w usługi.

Dane z niniejszej ankiety posłużą Miejsko-Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej
w Kruszwicy do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie gminy Kruszwica i oszacowania zainteresowania mieszkańców Gminy Programem.

1. **Jestem zainteresowany/a wsparciem w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” dla:**

□ dziecka z niepełnosprawnością

□ osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności

□ osoby niepełnosprawnej z orzeczoną I grupą inwalidów

□ osoby o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny

□ osoby z orzeczoną całkowitą niezdolnością do pracy i niezdolnością do samodzielnej egzystencji

□ osoby z orzeczoną niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

1. **Proszę podać wiek dziecka/osoby z niepełnosprawnością:**

□ osoba poniżej 16 roku życia

□ osoba powyżej 16 roku życia do ukończenia 40 roku życia

□ osoba powyżej 40 roku życia

1. **Czy jest Pan/Pani mieszkańcem Gminy Kruszwica?**

**□** tak

□ nie

1. **Czy zamieszkuje Pan/i we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuje całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną?**

□ tak

□ nie

1. **Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/i opiekę, aktualnie jest objęta wsparciem w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych?**

□ tak

□ nie

1. **Jaką formą wsparcia w zakresie świadczenia usług opieki wytchnieniowej dla osoby niepełnosprawnej jest Pan/i zainteresowana?**

□ pobyt dzienny

□ pobyt całodobowy

1. **Proszę wskazać preferencje dot. miejsca świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego (limit w ciągu roku wynosi 240 godzin)?** Uwaga – pkt 7 proszę wypełnić w przypadku zaznaczenia w pkt 6 odpowiedzi „pobyt dzienny”.

□ miejsce zamieszkania osoby niepełnosprawnej

□ ośrodek wsparcia

1. **Proszę wskazać preferencje dot. miejsca świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego (limit w ciągu roku wynosi 14 dni)?** Uwaga – pkt 8 proszę wypełnić w przypadku zaznaczenia w pkt 6 odpowiedzi „pobyt całodobowy”.

□ ośrodek wsparcia

□ ośrodek/placówka wpisana do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym

1. **Czy w przypadku trudności z zapewnieniem przez tut. OPS osoby zapewniającej realizację usług opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej wskaże nam Pan/i osobę z odpowiednimi kwalifikacjami
i doświadczeniem do świadczenia w/w usługi?**

□ tak

□ nie

Dziękujemy za wypełnienie ankiety ☺