

ANKIETA POTRZEB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ZAKRESIE PRYZYSTĄPIENIA GMINY SZPOTAWA DO PROGRAMU „CENTRA OPIEKUŃCZO- MIESZKALNE”

Szanowni Państwo,

zwracamy się z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, w terminie do **31.05.2021 r.**

Ankieta skierowana jest do osób niepełnosprawnych i ich rodzin z terenu Gminy Szprotawa. Celem jest rozeznanie potrzeb udzielania pomocy w formie utworzenia "Szprotawskiego Centrum Opiekuńczo- Mieszkalnego".

Centra Opiekuńczo- Mieszkalne przeznaczone są dla dorosłych osób niepełnosprawnych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Centra mają na celu uzupełnienie systemu wsparcia osób niepełnosprawnych, poprzez stworzenie dodatkowej usługi w postaci zapewnienia osobom dorosłym możliwości zamieszkiwania w formie pobytu dziennego lub całodobowego oraz zapewnienie specjalistycznych usług opiekuńczych oraz rehabilitacyjnych.

Zapewniamy, że ankieta ma charakter dobrowolny i anonimowy.

1. Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a pobytem w Szprotawskim Centrum Opiekuńczo- Mieszkalnym:

- Tak
- Nie

2. Jaka jest Pana/Pani struktura gospodarstwa domowego?

- Jestem osobą samotną (bez rodziny)
- Jestem osobą samotnie gospodarującą (posiadam rodzinę wspólnie niezamieszkujejącą)
- Zamieszkuję z rodziną

3. Jaka jest Pana/Pani sytuacja rodzinna?

- Zła
- Raczej zła
- Średnia
- Raczej dobra
- Dobra

4. Jest Pan/Pani:

- Osobą niepełnosprawną
- Rodzicem osoby niepełnosprawnej
- Opiekunem osoby niepełnosprawnej
- Inne:



OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W SZPOTAWIE



GMINA SZPOTAWA

5. Czas powstania niepełnosprawności:

- Od urodzenia
- W wyniku choroby
- W wyniku wypadku

6. Posiadany stopień niepełnosprawności:

- Znaczny stopień niepełnosprawności/I grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji
- Umiarkowany stopień niepełnosprawności/II grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy
- Lekki stopień niepełnosprawności/III grupa inwalidzka/częściowa niezdolność do pracy
- Orzeczenie o niepełnosprawności - dotyczy osób do 18 roku życia
- Nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności

7. Rodzaj niepełnosprawności:

- Niepełnosprawność intelektualna
- Niepełnosprawność narządu wzroku i głuchoślepota
- Niepełnosprawność słuchu i/lub mowy
- Niepełnosprawność ruchowa
- Inne:

8. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona?

- Tak
- Nie

9. Jeżeli tak, to jaka?

.....
.....

10. Czy korzysta Pan/Pani ze wsparcia środowiskowego na terenie Gminy Szprotawa?

- Tak
- Nie

11. Jeżeli tak, to z jakiego?

.....
.....

12. Czy pobiera Pan/Pani świadczenia stanowiące dochód?

- Tak
- Nie



OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W SZPROTAWIE



GMINA SZPROTAWA

13. Jeżeli tak, proszę podać jakie

- Renta
- Emerytura
- Świadczenia rodzinne
- Zasiłek stały
- Zasiłek dla bezrobotnych
- Inne:

14. Jakie jest kryterium dochodowe NETTO w Pana/Pani rodzinie w przeliczeniu na jedną osobę?

- Do 529 zł
- Więcej niż 529 zł, ale nie więcej niż 794 zł
- Więcej niż 794 zł, ale nie więcej niż 1058 zł
- Więcej niż 1058 zł, ale nie więcej niż 1323 zł
- Więcej niż 1323 zł

15. Czy byłby Pan/Pani skłonny/a do partycypacji w kosztach swojego pobytu w Szprotawskim Centrum Opiekuńczo- Mieszkalnym?

- Nie
- Tak

16. Czy jest Pan/Pani podopiecznym/ą Ośrodka Pomocy Społecznej w Szprotawie:

- Tak
- Nie

17. Czy jest Pan/Pani zainteresowana/y transportem do/z Szprotawskiego Centrum Opiekuńczo- Mieszkalnego? (dotyczy w szczególności osób mających problem z poruszaniem):

- Tak
- Nie

18. Jak najczęściej porusza się Pan/Pani w domu ?

- Poruszam się samodzielnie
- Poruszam się samodzielnie korzystając z pomocy, np. kul, balkonika
- Poruszam się korzystając z pomocy innej osoby
- Poruszam się na wózku inwalidzkim
- Jestem osobą leżącą

19. Jak często wychodzi Pan/Pani z domu ?

- Codziennie
- Kilka razy w tygodniu
- Kilka razy w miesiącu
- Wcale nie wychodzę



OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W SZPROTAWIE



GMINA SZPROTAWA

20. Proszę zaznaczyć, jakie bariery utrudniają Panu/Pani wychodzenie z domu, w którym Pan/Pani mieszka:

- Nie dotyczy
- Nie ma takich barier
- Brak windy
- Brak poręczy
- Schody
- Wysokie krawężniki
- Brak pojazdu
- Nierówny chodnik/dziury w chodniku
- Brak ławek do odpoczynku przed dalszą drogą
- Brak możliwości podjechania samochodem pod dom
- Inne:

21. Czy korzysta Pan/Pani z regularnej pomocy rodziny lub innych osób – ze względu na wielkość i rodzaj niepełnosprawności?

- Tak
- Nie

22. Jak korzysta Pan/Pani z takiej pomocy (patrz pytanie wcześniejsze), kto jej Panu/Pani udziela?

- Rodzina
- Znajomi
- Sąsiedzi
- Opiekunka z instytucji pomocy społecznej
- Opiekunka z organizacji pozarządowej
- Prywatnie wynajęta opiekunka
- Psycholog/terapeuta
- Wolontariusz
- Inne:

23. Czy korzysta Pani/Pan z bezpłatnej opieki lekarskiej?

- Tak, korzystam regularnie
- Tak, ale chodzę do lekarza tylko wtedy, gdy czuję, że coś mi dolega
- Nie korzystam, ponieważ (proszę podać przyczynę)

.....
.....

24. Czy korzysta Pan/Pani z pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej?

- Tak
- Nie



OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W SZPROTAWIE



GMINA SZPROTAWA

25. Jeśli tak, jak często?

.....

26. Jak spędza Pan/Pani czas wolny?

- W domu z rodziną lub przyjaciółmi
- Spotkania poza domem z rodziną lub przyjaciółmi
- Oglądam TV
- Przed komputerem
- Czytam książki lub prasę
- Na spacerach
- Chodzę do kina, teatru, filharmonii lub muzeum
- Korzystam z biblioteki
- Korzystam z parku wodnego lub innego basenu
- Działam w organizacji pozarządowej
- Inne:

27. Czy posiada Pan/Pani wiedzę na temat „Centrum opiekuńczo – mieszkalnego”?

- Tak
- Nie

28. Czy Pana/i zdaniem na terenie Gminy Szprotawa jest zapotrzebowanie na świadczenie usług rehabilitacyjnych lub zapewnienie możliwości zamieszkiwania w formie pobytu dziennego lub całodobowego osób niepełnosprawnych?

- Tak
- Nie
- Nie mam zdania

29. Czy Pana/i zdaniem na terenie Gminy Szprotawa jest większe zapotrzebowanie na utworzenie ośrodka wsparcia w postaci:

- Centrum opiekuńczo - mieszkalnego dziennego
- Centrum opiekuńczo - mieszkalnego całodobowego
- Nie mam zdania

30. Jakie usługi powinny być świadczone w Centrum opiekuńczo - mieszkalnym?

- Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia,
- Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu
- Pomoc mieszkaniowa
- Treningi umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych
- Pomoc w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach – poradnictwo specjalistyczne, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne,
- Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
- Pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia
- Inne:



OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W SZPROTAWIE



GMINA SZPROTAWA

31. Jaki Pana/Pani zdaniem jest obecny dostęp do tego typu usług na terenie Gminy Szprotawa

- Bardzo słaby
- Słaby
- Średni
- Raczej dobry
- Bardzo dobry
- Nie mam zdania

32. Inne potrzeby, osób/rodzin wymagających wsparcia, niewyszczególnione w ankiecie:

.....

.....

.....

.....

.....

Metryczka:

1. Płeć:

- Kobieta
- Mężczyzna

2. Wiek:

- 18 -35 lat
- 36 - 59 lat
- 60 i więcej lat

Dziękujemy za udzielenie odpowiedzi.

Ankiety można składać **do poniedziałku, 31 maja 2021 r.:**

- tradycyjną drogą pocztową na adres Ośrodka Pomocy Społecznej, ul. Żagańska 6, Szprotawa;
- bezpośrednio pracownikom socjalnym Ośrodka Pomocy Społecznej.

Szczegółowe informacje udzielane są przez pracowników OPS:

- Panią Magdę Leszko, tel. 699 902 718,
- Panią Anetę Ciołka, tel. 533 324 102,
- Pana Zbigniewa Miga, tel. 699 902 719,



OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W SZPROTAWIE



GMINA SZPROTAWA