

ANKIETA

Diagnoza potrzeb mieszkańców Gminy Skarżysko-Kamienna

Ankieta dotycząca chęci uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Szanowni Państwo !

W związku z możliwością przystąpienia przez Gminę Skarżysko-Kamienna w 2026 roku do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn.: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, prosimy o wypełnienie anonimowej ankiety, która pozwoli ocenić zainteresowanie mieszkańców udziałem w Programie.

Ankieta jest anonimowa i nie stanowi karty zgłoszenia do Programu.

1. Czy jest Pan/Pani mieszkańcem Gminy Skarżysko-Kamienna?

- ☐ TAK
☐ NIE

2. Proszę o wskazanie rodzaju posiadanej przez Pana/Panią orzeczenia o niepełnosprawności:

- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną* (lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną* lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
- ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
- ☐ orzeczenie dla dzieci w wieku do 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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.

*Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności

3. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług asystenta osoby z niepełnosprawnością lub usług obejmujących analogiczne wsparcie?

- ☐ TAK
☐ NIE

4. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych?

- ☐ TAK
☐ NIE

Płeć:

- ☐ kobieta
☐ mężczyzna

Wiek:

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!