

ANKIETA

Diagnoza potrzeb mieszkańców Gminy Skarżysko-Kamienna

Ankieta dotycząca chęci uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa” 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.: „Opieka wytchnieniowa” 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. Czy jest Pan/Pani opiekunem stałe zamieszkującym i sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością?

- ☐ TAK
☐ NIE

3. Proszę o wskazanie rodzaju posiadanego przez osobę nad którą sprawuje Pan/Pani opiekę orzeczenia:

- ☐ 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 dla dzieci od ukończenia 2 do ukończenia 16 roku życia;

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

4. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opieki wytchnieniowej lub usług obejmujących analogiczne wsparcie?

- ☐ TAK
☐ NIE

5. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/Pani opiekę objęty/a jest wsparciem w formie usług opiekuńczych?

- ☐ TAK
☐ NIE

6. Czy jest Pan/Pani członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w systemie oświaty, nie uczy się lub nie studiuje?

- ☐ TAK
☐ NIE

7. Czy jest Pan/Pani nieaktywnym zawodowo członkiem rodziny lub opiekunem prawującym bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, który ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opieki nad osobą z niepełnosprawnością?

☐ TAK

☐ NIE

Płeć:

☐ kobieta

☐ mężczyzna

Wiek:

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!