

ANKIETA
OPIEKA WYTCHNIENIOWA

Szanowni Państwo, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety w zakresie możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2026.

Dane z niniejszej ankiety posłużą Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Bielawie do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie miasta i oszacowania zainteresowania mieszkańców Programem.

1. Proszę wskazać osobę, którą się Pan/Pani opiekuje:

- ☐ dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- ☐ osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/ z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

2. Proszę wskazać wiek osoby niepełnosprawnej, którą się Pan/Pani opiekuje:

..... lat.

3. Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, którą się Pan/Pani opiekuje:

- ☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
- ☐ zaburzenia psychiczne,
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku,
- ☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
- ☐ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia, dziecięce porażenie mózgowe, stwardnienie rozsiane, dystrofia mięśniowa, przebyta przepuklina oponowo-rdzeniowa),
- ☐ inne

4. Czy zamieszkuje Pan/Pani we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuje nad nią całodobową opiekę?

- ☐ tak,
- ☐ nie.

5. Czy osoba niepełnosprawna, nad którą sprawuje Pan/Pani opiekę, aktualnie jest objęta wsparciem w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych?

- ☐ tak,
- ☐ nie.

Ankieta nie stanowi karty zgłoszenia do programu.

Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.