**Ankieta potrzeb dorosłych osób niepełnosprawnych w zakresie przystąpienia przez Gminę Miejską Przemyśl do programu**

 **„Centra Opiekuńczo-Mieszkalne”**

**Przy wybranej odpowiedzi postaw znak X**

**1. Jest Pan/Pani:**

□ Osobą niepełnosprawną

□ Opiekunem osoby niepełnosprawnej/rodzicem osoby niepełnosprawnej

□ Inne:

**2. Płeć osoby posiadającej orzeczenie:**

□ Kobieta

□ Mężczyzna

**3. Wiek osoby posiadającej orzeczenie:**

□ 18-59 lat

□ 60 lat i więcej

**4. Okoliczności powstania niepełnosprawności:**

□ Od urodzenia

□ W wyniku choroby

□ W wyniku wypadku

**5. Posiadany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne:**

□ Znaczny stopień niepełnosprawności/I grupa inwalidzka

□ Umiarkowany stopień niepełnosprawności/II grupa inwalidzka

□ Lekki stopień niepełnosprawności/III grupa inwalidzka

□ Nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/orzeczenia równoważnego

**6. Rodzaj niepełnosprawności – zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi**:

□ 01-U – upośledzenie umysłowe

□ 02-P – choroby psychiczne

□ 03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

□ 04-O – choroby narządu wzroku

□ 05-R – upośledzenie narządu ruchu

□ 06-E – epilepsja

□ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia

□ 08-T – choroby układu pokarmowego

□ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego

□ 10-N – choroby neurologiczne

□ 11-I – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego

□ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

**7. Jakie świadczenia stanowiące dochód Pan/Pani pobiera?- zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi:**

□ Renta

□ Emerytura

□ Świadczenia rodzinne

□ Zasiłek stały

□ Zasiłek dla bezrobotnych

□ Inne:

□ Nie pobieram takich świadczeń

**8. Czy korzysta Pan/Pani z regularnej pomocy rodziny lub innych osób – ze względu na swoją niepełnosprawność?:**

□ Tak

□ Nie – przejdź do pytania 10.

**9. Jeśli Pan/Pani korzysta z takiej pomocy, to kto jej Panu/Pani udziela?****- zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi:**

□ Rodzina

□ Znajomi

□ Sąsiedzi

□ Opiekunka z instytucji pomocy społecznej

□ Prywatnie wynajęta opiekunka

□ Psycholog/terapeuta

□ Wolontariusz

□ Inne:

**10. Czy korzysta Pan/Pani z pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej?:**

□ Tak

□ Nie – przejdź do pytania 12

**11.Jak często korzysta Pan/Pani z pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej?** **:**

□ Kilka razy dziennie

□ Kilka razy tygodniowo

□ Kilka razy miesięcznie

□ Kilka razy w roku

**12. Czy Pana/Pani zdaniem na terenie Przemyśla jest zapotrzebowanie na możliwość zamieszkiwania w formie pobytu dziennego lub całodobowego osób niepełnosprawnych w Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnym?:**

□ Tak

□ Nie

□ Nie mam zdania

**13. Czy Pana/Pani zdaniem na terenie Przemyśla jest zapotrzebowanie na świadczenie usług rehabilitacyjnych przez Centrum Opiekuńczo-Mieszkalne?:**

□ Tak

□ Nie

□ Nie mam zdania

**14. Czy Pana/Pani zdaniem na terenie Przemyśla jest zapotrzebowanie na utworzenie ośrodka wsparcia w postaci:**

□ Centrum opiekuńczo - mieszkalnego dziennego

□ Centrum opiekuńczo - mieszkalnego całodobowego

□ Nie mam zdania

**15. Jakie usługi powinny być świadczone w Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnym?- zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi:**

□ Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia

□ Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu

□ Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej

□ Pomoc mieszkaniowa

□ Treningi umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych

□ Pomoc w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach - poradnictwo specjalistyczne, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne itp.

□ Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych

□ Pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia

□ Inne:………………………………………………………………………………………

**16. Jaki Pana/Pani zdaniem jest obecny dostęp do tego typu usług na terenie miasta?:**

□ Bardzo dobry

□ Dobry

□ Przeciętny

□ Zły

□ Bardzo zły

□ Nie mam zdania

**17. Pan/Pani zdaniem co może być barierą w skorzystaniu z usług „Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego”?:**

□ Odpłatność

□ Odległość od miejsca zamieszkania (problem z dojazdem) – w przypadku Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnego dziennego

□ Inne:………………………………………………………………………………………