## Diagnoza potrzeb mieszkańców Gminy Iwonicz-Zdrój - ANKIETA dot. chęci uczestnictwa w Programie „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – edycja 2024.

1. **Czy jest Pan/Pani mieszkańcem Gminy Iwonicz-Zdrój?**
* TAK
* NIE
1. **Czy Pan/Pani jest zainteresowany/a skorzystaniem z usług asystencji osobistej?**
* Tak
* Nie
1. **Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?**
* TAK w stopniu lekkim
* TAK w stopniu umiarkowanym
* TAK w stopniu znacznym
* TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną
* NIE
1. **W przypadku dzieci do 16 roku życia: Czy dziecko posiada 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?**
* TAK
* NIE
1. **Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych /specjalistycznych usług opiekuńczych/ usług obejmujących analogiczne wsparcie - opieka wytchnieniowa?**
* TAK
* NIE
1. **Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?**
* TAK
* NIE
1. **Czy zmaga się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:**
* komunikowania się: …………………………………………………………………

(informacje na temat ograniczeń)

* poruszania się: …………………………………………………………………

(informacje na temat ograniczeń)

* Inne (jakie?) ………………………………………………………………………………
1. **Jaką ilością godzin usług asystenta miesięcznie byłby/byłaby Pan/Pani zainteresowany/a?**
* do 30 godzin miesięcznie
* do 60 godzin miesięcznie
* do 90 godzin miesięcznie

**Metryczka:**

**Płeć**

* Kobieta
* Mężczyzna

**Wiek**………..................

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**