

Ankieta

dotycząca sytuacji życiowej osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wsparcie w ramach programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020, współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

1. Członkowie rodziny zamieszkujący z osobą niepełnosprawną (proszę podkreślić)

- mąż, żona
- dzieci:
- inni członkowie rodziny (kto?)
- gospodarstwo jednoosobowe
- inna osoba niepełnosprawna

2. Czy porusza się Pani/Pan samodzielnie?

- Tak
 - Nie, za pomocą:
 - kul
 - wózka inwalidzkiego
 - balkoniku
 - inne (jakie?)
-

3. Z jakiej pomocy Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej chciałaby/łby Pani/Pan skorzystać?

- wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach w wybrane przez uczestnika Programu miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne/ rozrywkowe/ społeczne/ sportowe itp.);
- wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne;
- zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału uczestnika Programu przy ich realizacji;
- załatwieniu spraw urzędowych;
- nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
- korzystaniu z dóbr kultury (tj. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy itp.).

4. Czy korzysta Pani/Pan z usług opiekuńczych z Ośrodka Pomocy Społecznej?

- Tak, jak często?
- Nie

5. Ile godzin miesięcznie chciałaby/łby Pani/Pan korzystać z pomocy Asystenta?

.....

.....

(podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej)