



ANKIETA

OPIEKA WYTCHEMIENIOWA NA ROK 2025

Szanowni Państwo, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety w zakresie chęci skorzystania ze wsparcia w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” na 2025 rok.

Dane z niniejszej ankiety posłużą Miejsko-Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Sztumie do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych wsparciem w formie opieki wytchnieniowej na terenie miasta i gminy Sztum oraz oszacowania zainteresowania mieszkańców ww. Programem.

Metryczka:

Imię Nazwisko:

Nr telefonu:

1. Proszę o wskazanie osoby, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności,

osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności/ z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

2. Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa),

dysfunkcja narządu wzroku,

zaburzenia psychiczne,

dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

3. Proszę o wskazanie, którą formą wsparcia jest Pan/Pani zainteresowany/a:

a) forma dzienna w:

miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,

b) forma całodobowa w:

innym miejscu np. ośrodka wskazanym przez uczestnika Programu, spełniającym kryteria dostępności, które otrzyma pozytywną opinię gminy,

ośrodka/placówki zapewniającym całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością,

miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.

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

tak

nie

5. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych/asystentem osobistym osoby z niepełnosprawnością lub usług obejmujących analogiczne wsparcie?

tak

nie

6. Czy ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję opiekuna i spełniałaby wymogi programu tj. posiadała stosowne wykształcenie lub doświadczenie w opiece nad osobami z niepełnosprawnością?

tak

nie

DODATKOWE INFORMACJE

**Usługi opieki wytchnieniowej w formie całodobowej i dziennej w miejscach wskazanych powyżej mogą być świadczone przez:*

a) *osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej*

lub

b) *osoby posiadające, co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp. (posiadanie doświadczenia, o którym mowa, powinno zostać udokumentowane pisemnym oświadczeniem podmiotu, który zlecał udzielanie bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym).*

lub

c) *osoby wskazane przez uczestnika Programu w karcie zgłoszenia, pod warunkiem, że uczestnik Programu oświadczy, że osoba wskazana jest przygotowana do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.*

****Usługi opieki wytchnieniowej w formie całodobowej i dziennej w miejscach wskazanych powyżej *nie mogą* być świadczone przez członków rodziny osoby z niepełnosprawnością: wstępnych (pokrewieństwo w linii prostej – rodzic, dziadek, babcia, pradziadek, prababcia) lub zstępnych (potomek tej samej osoby dziecko, wnuk, prawnuk, praprawnuk) małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta, imię, nazwisko oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców miasta i gminy Sztum, w związku z zamiarem przystąpienia do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” na rok 2025 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych

osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 ze zm.).

.....
Data i podpis opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety!

Ankiety należy dostarczyć do Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej ul. Mickiewicz 39, 82-400 Sztum (parter budynku Urzędu Miasta i Gminy Sztum, pok. Nr 4) lub przesłać na adres email: n.walczykowska@mgopssztum.pl, do dnia **15.11.2024 r.**

Uwaga! Złożenie dokumentu nie służy przyznaniu usług na 2025 rok, a jedynie diagnozie potrzeb mieszkańców miasta i gminy Sztum.

Dodatkowe informacje udzielane są pod numerem telefonu: 55 640 63 67 w godzinach pracy Ośrodka.