

Ankieta potrzeb osób niepełnosprawnych w zakresie przystąpienia przez Gminę Trzebowniko do Programu „Centra Opiekuńczo-Mieszkalne” 2021

Jest Pan/Pani?

1. osobą niepełnosprawną
2. Opiekunem osoby niepełnosprawnej
3. Inne.....

Płeć

1. Kobieta
2. Mężczyzna

Wiek

1. 18-59 lat
2. 60 lat i więcej

Posiadany stopień niepełnosprawności

1. Znaczny stopień niepełnosprawności/I grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji
2. Umiarkowany stopień niepełnosprawności/II grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy/
3. Lekki stopień niepełnosprawności/częściowa niezdolność do pracy
4. nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności

Rodzaj niepełnosprawności

1. Niepełnosprawność intelektualna
2. Zaburzenia psychotyczne
3. Zaburzenia głosu, mowy i słuchu
4. Choroby narządu wzroku
5. Upośledzenie narządu ruchu: wady wrodzone i rozwojowe narządu ruchu
6. Epilepsja
7. Choroby układu oddechowego
8. Choroby układu pokarmowego
9. Choroby układu moczowo-płciowego
10. Choroby neurologiczne
11. Inne

Czy występuje niepełnosprawność sprzężona?

1. Tak
2. Nie

jeśli tak, to jaka?

.....

Czy posiada Pan/Pani źródło dochodu?

1. Tak
2. Nie

jeśli tak to jakie?

1. Renta
2. Emerytura
3. Świadczenie rodzinne
4. Zasiłek stały
5. Zasiłek dla bezrobotnych
6. Wynagrodzenie
7. Inne.....

Jak najczęściej porusza się Pan/Pani w domu?

1. Poruszam się samodzielnie
2. Poruszam się samodzielnie ale korzystam z pomocy np. balkonika
3. Poruszam się przy pomocy innej osoby
4. Poruszam się na wózku inwalidzkim
5. Jestem osobą leżącą

Jak często wychodzi Pan/Pani z domu?

1. Codziennie
2. Kilka razy w tygodniu
3. Kilka razy w miesiącu
4. Wcale nie wychodzę

Proszę zaznaczyć jakie bariery utrudniają Panu/Pani wychodzenie z domu, w którym Pan/Pani mieszka

1. Nie ma takich barier
2. Brak windy
3. Brak poręczy
4. Schody
5. Wysokie krawężniki
6. Brak podjazdu
7. Nierówny chodnik, dziury w chodniku
8. Brak ławek na odpoczynek na dalszą drogę
9. Inne.....

Czy z powodu niepełnosprawności korzysta Pani/Pani często z pomocy rodziny lub innych osób?

1. Tak
2. Nie

jeśli tak, to z czyjej?

.....

Jak spędza Pan/Pani czas wolny?

1. W domu z rodziną i przyjaciółmi
2. Spotykam się poza domem z rodziną i przyjaciółmi
3. Oglądam TV
4. Przed komputerem
5. Czytam książki lub prasę
6. Inne.....

Czy zdaniem Pana/Pani na terenie Gminy Trzebownik jest zapotrzebowanie na świadczenie usług rehabilitacyjnych lub zapewnienia możliwości zamieszkania w formie pobytu dziennego lub całodobowego osób niepełnosprawnych?

1. Tak
2. Nie

jeśli tak, to w jakiej postaci?

1. Pobyt dzienny
2. Pobyt całodobowy

Jakie usługi powinny być świadczone w „Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnym”?

1. Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia
2. Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu
3. Pomoc mieszkaniowa
4. Pomoc w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach-porady psychologa, terapeuty
5. Pielęgnacja jako wsparcie procesu leczenia
6. Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych

Jaki Pana/Pani zdaniem jest obecny dostęp do tego typu usług na terenie Gminy Trzebownik

1. Bardzo słaby
2. Słaby
3. Średni
4. Raczej dobry
5. Dobry
6. Bardzo dobry

Co może być przeszkodą w korzystaniu z usług „Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego”?

1. Odpłatność
2. Brak zainteresowania korzystaniem z usług
3. Problemy z dojazdem do Centrum
4. Inne.....