**ANKIETA**

**ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

***Metryczka:***

Płeć:

[ ]  kobieta

[ ]  mężczyzna

Wiek: …………………………………………

Miejsce zamieszkania:

[ ]  lewobrzeże

[ ]  prawobrzeże

1. Proszę o wskazanie rodzaju posiadanego przez Pana/Panią orzeczenia
o niepełnosprawności:

[ ]  orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;

[ ]  orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;

[ ]  orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;

[ ]  orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;

[ ]  orzeczenie dla dzieci w wieku do 16 roku życia posiadających 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.

1. Proszę wskazać przyczynę niepełnosprawności:

[ ]  dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa),

[ ] dysfunkcja narządu wzroku,

[ ]  zaburzenia psychiczne,

[ ]  dysfunkcje o podłożu neurologicznym,

[ ]  dysfunkcja narządu mowy i słuchu,

[ ]  pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

1. Proszę o wskazanie, jaką ilością godzin jest Pan/Pani zainteresowany/a
w ramach asystencji:

[ ]  liczba godzin w miesiącu ……………

 [ ]  liczba miesięcy ………………………

1. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług asystenta osoby
z niepełnosprawnością lub usług obejmujących analogiczne wsparcie?

[ ]  tak

[ ]  nie

5. Czy w przypadku objęcia wsparciem w ramach programu ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję asystenta osoby
z niepełnosprawnością ?

[ ]  tak

[ ]  nie

*Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety!*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Urząd Miasta Świnoujście, Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej, ul. Wojska Polskiego 1/5, 72 – 600 Świnoujście, telefon 91 327 86 96, 91 322 42 11,
e-mail: wzp@um.swinoujscie.pl