

**ANKIETA**

Niniejsza ankieta ma na celu precyzyjne rozpoznanie skali zapotrzebowania na usługi asystenckie wśród mieszkańców Gminy Pysznica

**Dane podstawowe :** ………………………………………………………………………………….
 ( Imię i Nazwisko)

**Dane teleadresowe :** ………………………………………………………………………………….
 ( miejsce zamieszkania)

 ………………………………………………………………………………….
 ( telefon kontaktowy)

1. Czy Pan/Pani jest zainteresowany/a skorzystaniem z usług Asystenta osobistego osoby

 z niepełnosprawnością – edycja 2024 finansowanego ze środków funduszu
 solidarnościowego ?

□ TAK

□ NIE

2. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?

□ TAK w stopniu umiarkowanym lub innym traktowanym na równi,

□ TAK w stopniu znacznym lub innym traktowanym na równi,

□ NIE

4. W przypadku dzieci do 16 roku życia:

 Czy dziecko posiada orzeczeniem 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

5.Czy jest Pan/Pani z niepełnosprawnością sprzężoną?\*

□ TAK

□ NIE

Pysznica, dnia …………………………….. ………………………………
 (czytelny podpis)

\*Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej rodzajów
 niepełnosprawności.