# ANKIETA

## „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2025

Szanowni Państwo, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety w zakresie możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2025".

Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

1. dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub
2. osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:
   - orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
   - orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.) – poprzez umożliwienie uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej, tj. odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie.

Dzięki temu wsparciu, osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

Dane z niniejszej ankiety posłużą Ośrodkowi Pomocy Społecznej Gminy Łańcut do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie Gminy Łańcut i oszacowania zainteresowania mieszkańców Gminy Programem.

1. **Jestem zainteresowany/a wsparciem w ramach programu „Opieka wytchnieniowa" dla:**
   □ dziecka z niepełnosprawnością
   □ osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności
   □ osoby niepełnosprawnej z orzeczoną I grupą inwalidów
   □ osoby o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
   □ osoby z orzeczoną całkowitą niezdolnością do pracy i niezdolnością do samodzielnej egzystencji
   □ osoby z orzeczoną niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

2. **Proszę podać wiek dziecka/osoby z niepełnosprawnością:**
   □ osoba poniżej 16 roku życia
   □ osoba powyżej 16 roku życia do ukończenia 40 roku życia
   □ osoba powyżej 40 roku życia

3. **Czy jest Pan/Pani mieszkańcem Gminy Łańcut?**
   □ tak
   □ nie

4. **Czy zamieszkuje Pan/i we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuje całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną?**
   □ tak
   □ nie

5. **Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/i opiekę, aktualnie jest objęta wsparciem w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych?**
   □ tak
   □ nie

6. **Jaką formą wsparcia w zakresie świadczenia usług opieki wytchnieniowej dla osoby niepełnosprawnej jest Pan/i zainteresowana?**
   □ pobyt dzienny
   □ pobyt całodobowy

7. **Proszę wskazać preferencje dot. miejsca świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego** Uwaga – pkt 7 proszę wypełnić w przypadku zaznaczenia w pkt 6 odpowiedzi „pobyt dzienny".
   □ miejsce zamieszkania osoby niepełnosprawnej
   □ ośrodek wsparcia

8. **Proszę wskazać preferencje dot. miejsca świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego** Uwaga – pkt 8 proszę wypełnić w przypadku zaznaczenia w pkt 6 odpowiedzi „pobyt całodobowy".
   □ ośrodek wsparcia
   □ ośrodek/placówka wpisana do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym

9. **Czy w przypadku trudności z zapewnieniem przez tut. OPS osoby zapewniającej realizację usług opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej wskaże nam Pan/i osobę z odpowiednimi kwalifikacjami i doświadczeniem do świadczenia w/w usługi?**
   □ tak
   □ nie

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.