**Ankieta „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020**

1. **Opieka wychnieniowa dotyczy:**

□ ziecka z niepełnosprawnością

□ osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności

1. **Proszę podać wiek osoby z niepełnosprawnością:**

□ osoba do 16 roku życia

□ osoba powyżej 16 roku życia do 40 roku życia

□ osoba powyżej 40 roku życia

1. **Jaką formą wsparcia przewidzianą dla osoby z niepełnosprawnością jest Pan/i zainteresowany/a?**

□ pobyt dzienny

□ pobyt całodobowy

1. **Jaką formą wsparcia przewidzianą dla członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością jest Pan/i zainteresowany/a?**

□ specjalistyczne poradnictwo (psychologicznego lub terapeutycznego)

□ wsparcie w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki

□ nie jestem zainteresowany/a tą formą

1. **Proszę wskazać Pana/i preferencje odnośnie miejsca świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego (limit godzin w ciągu roku wynosi 240)**

□ miejsce zamieszkania osoby niepełnosprawnej,

□ ośrodek wsparcia prowadzony jako zadanie własne samorządu,

□ inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które otrzyma pozytywną opinię gminy

□ nie jestem zaintersowany/a tą formą

1. **Proszę wskazać Pana/i preferencje odnośnie miejsca świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego (limit ciągu roku wynosi 14 dni)**

□ ośrodek wsparcia prowadzony jako zadanie własne samorządu,

□ ośrodek/placówka zapewniająca całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym wpisaną do rejestru właściwego wojewody,

□ inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które otrzyma pozytywną opinię gminy

 **Dziękujemy za wypełnienie ankiety.**