**Ankieta**

**- zapotrzebowanie na formę pomocy z programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”-edycja 2023**

1. **Czy Pan/Pani jest zainteresowany/a skorzystaniem z usług asystencji osobistej?**
* Tak
* Nie
1. **Czy jest Pan/Pani mieszkańcem Krosna?**
* TAK
* NIE
1. **Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?**
* TAK w stopniu lekkim
* TAK w stopniu umiarkowanym
* TAK w stopniu znacznym
* TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną
* NIE
1. 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
1. **Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych /specjalistycznych usług opiekuńczych/ usług obejmujących analogiczne wsparcie- opieka wytchnieniowa?**
* TAK
* NIE
1. **Czy zmaga się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:**
* **komunikowania się:** …………………………………………………………………

(informacje na temat ograniczeń)

* **poruszania się:** …………………………………………………………………

(informacje na temat ograniczeń)

* **Inne (jakie?)** ………………………………………………………………………………
1. **Jaką ilością godzin usług asystenta miesięcznie byłby/byłaby Pan/Pani zainteresowany/a?**
* **do 30 godzin miesięcznie**
* **do 60 godzin miesięcznie**

Metryczka:

**Płeć**

* Kobieta
* Mężczyzna

**Wiek**………..................

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**