

## ANKIETA

### ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

#### *Metryczka:*

Płeć:

- kobieta
- mężczyzna

Wiek: .....

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.

2. Proszę wskazać przyczynę niepełnosprawności:

- dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa),
- dysfunkcja narządu wzroku,
- zaburzenia psychiczne,
- dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
- dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
- pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne.

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

- liczba godzin w miesiącu .....

liczba miesięcy .....

4. 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!*

---

Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Sławięcicka 19, 47-143 Ujazd  
e-mail: [biuro@opsujazd.pl](mailto:biuro@opsujazd.pl) , tel. 77 463 70 47