.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

Tomice, dnia .....

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

**ANKIETA – DIAGNOZA POTRZEB**

**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027**

**Ankieta** służy wyłącznie oszacowaniu zapotrzebowania mieszkańców Gminy Tomice na usługi asystencji osobistej w 2027 roku. Jedna ankieta powinna dotyczyć jednej osoby, która może być zainteresowana korzystaniem z tej usługi.

**Wypełnioną ankietę należy złożyć osobiście w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Tomicach, ul. Wadowicka 49, do dnia 21 września 2026 r.**

**Ważne:** ankieta nie jest Kartą zgłoszenia do Programu i nie stanowi naboru uczestników. Jej złożenie nie gwarantuje przyznania usług. W przypadku uzyskania przez Gminę Tomice środków na realizację Programu zostanie przeprowadzony odrębny nabór uczestników zgodnie z zasadami Programu.

**1. Czy mieszka Pan/Pani na terenie Gminy Tomice?**

☐ TAK

☐ NIE

**2. Do której grupy wskazanej w Programie Pan/Pani należy? Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.**

☐ dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 orzeczenia

☐ osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi ze znacznym stopniem

☐ osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z umiarkowanym stopniem

**3. Czy w orzeczeniu wskazano co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności (niepełnosprawność sprzężona)?**

☐ TAK

☐ NIE

☐ NIE WIEM / NIE DOTYCZY

**4. Ile godzin usług asystencji osobistej jest Panu/Pani potrzebnych w 2027 roku?**

Proszę podać realne zapotrzebowanie, nie większe niż limit właściwy dla danej kategorii.

około _____ godzin w całym 2027 roku,

czyli średnio około _____ godzin miesięcznie.

**Maksymalne limity godzin usług asystencji osobistej obowiązujące w Programie w 2027 r.**

Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w 2027 roku wynosi nie więcej niż**:

**1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:**

a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

b) 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, z niepełnosprawnością sprzężoną;

**2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:**

a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,

b) 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;

**3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:**

a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym 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, z niepełnosprawnością sprzężoną;

**4) 360 godzin rocznie dla:**

a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,

b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym 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,

c) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - 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.

*** Limit dotyczy łącznie godzin usług asystencji osobistej świadczonych w ramach wszystkich programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w zakresie usług asystencji osobistej.***

## 5. W jakich obszarach potrzebne jest wsparcie asystenta? Można zaznaczyć kilka odpowiedzi.

- ☐ czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej
- ☐ codzienne czynności związane z funkcjonowaniem w domu i rodzinie
- ☐ przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania
- ☐ komunikowanie się z innymi osobami, wyrażanie potrzeb, rozumienie i przekazywanie informacji
- ☐ uczestnictwo w życiu społecznym, edukacyjnym, zawodowym, kulturalnym lub sportowym

## 6. Jak wygląda realnie dostępna pomoc ze strony innych osób lub instytucji?

- ☐ osoba mieszka samotnie i nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich
- ☐ osoba mieszka z innymi osobami, ale nie mogą one zapewnić jej regularnego lub wystarczającego wsparcia
- ☐ osoba ma regularne wsparcie rodziny / bliskich / innych osób
- ☐ osoba korzysta ze wsparcia instytucji, usług lub placówek
- ☐ inna sytuacja – proszę krótko opisać poniżej

.....

**7. Czy korzysta Pan/Pani obecnie z innych form wsparcia finansowanych ze środków publicznych? Można zaznaczyć kilka odpowiedzi.**

☐ nie korzystam
☐ usługi opiekuńcze
☐ specjalistyczne usługi opiekuńcze
☐ Warsztat Terapii Zajęciowej (WTZ)
☐ Środowiskowy Dom Samopomocy (ŚDS)
☐ rehabilitacja / zajęcia terapeutyczne / placówka edukacyjna
☐ opieka wytchnieniowa
☐ inne – jakie? .....

**8. Czy ma Pan/Pani przyznane świadczenie wspierające?**

☐ TAK
☐ NIE

**9. Czy korzystał Pan/Pani z usług asystencji osobistej w 2026 roku?**

☐ TAK
☐ NIE

Jeżeli TAK: około _____ godzin miesięcznie / _____ godzin w roku.

W 2027 r. zapotrzebowanie byłoby: ☐ większe ☐ podobne ☐ mniejsze

**10. Czy w 2027 roku planuje Pan/Pani korzystać także z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego u innego realizatora lub w innym programie Ministra?**

☐ TAK
☐ NIE
☐ NIE WIEM

Jeżeli TAK: przewidywana liczba godzin z innego źródła w 2027 r.: około _____ godzin.

**11. Czy osoba lub jej opiekun prawny może wskazać osobę, która mogłaby świadczyć usługi asystenta, jeżeli spełni warunki Programu?**

☐ TAK
☐ NIE

.....
data i podpis osoby z niepełnosprawnością /
opiekuna prawnego osoby z niepełnosprawnością

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon oraz informacje dotyczące niepełnosprawności i stanu zdrowia osoby z niepełnosprawnością, w celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Tomice w związku z planowaną realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

.....
data i podpis osoby z niepełnosprawnością /
opiekuna prawnego osoby z niepełnosprawnością

.