# Szanowni Państwo,

Bardzo prosimy o wypełnienie ankiety – jest ona skierowana do opiekunów osób z niepełnosprawnościami i dotyczy zadowolenia z usług świadczonych przez Jednostki Samorządu Terytorialnego.

Zebrane wyniki posłużą nam do polepszania świadczonych usług.

Ankieta jest anonimowa i wypełnienie jej zajmie ok. 20 minut.

Dziękujemy za poświęcony czas.

## Informacje

1. Jak oceniasz swoją wiedzę na temat praw dotyczących osób z niepełnosprawnością? [wybierz 1 odpowiedź]
2. Bardzo dobrze
3. Raczej dobrze
4. Ani dobrze ani źle
5. Raczej źle
6. Bardzo źle
7. Do których instytucji według Ciebie można zgłosić się z prośbą o wsparcie lub pomoc dla osób z niepełnosprawnością? [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]
* Ośrodek pomocy społecznej
* Pełnomocnik ds. OZN
* Urząd Miasta
* Urząd Wojewódzki
* ZUS (Zakład Ubezpieczeń Społecznych)
* Poradnia psychologiczno-pedagogiczna
* Organizacje pozarządowe
* Nie wiem, gdzie mogę się zgłosić
1. W jaki sposób, chciałbyś/chciałabyś dostawać informacje o możliwościach wsparcia? [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]
* Telefonicznie
* Smsem
* Mailowo
* Osobiście
* Listownie
* W ramach zajęć, w których uczestniczę (rehabilitacja, warsztaty)
* Media (reklamy, plakaty)
* Związek wyznaniowy
* Inne sposoby (wpisz jakie):
1. W jakim stopniu czujesz się swobodnie i bezpiecznie w poniższych sytuacjach społecznych, kiedy jesteś z osobą wspieraną? Do oceny proszę użyj skali szkolnej, gdzie 1 to najniższa możliwa ocena, a 6 - najwyższa.
* Zakupy w sklepie – wpisz ocenę:
* Załatwianie spraw w Ośrodku Pomocy Społecznej – wpisz ocenę:
* Wsparcie ze strony pracownika Ośrodku Pomocy Społecznej – wpisz ocenę:
* Kontakt z sąsiadami – wpisz ocenę:
* Opieką Medyczną (lekarze, pielęgniarki) – wpisz ocenę:
* Rehabilitanci – wpisz ocenę:
* Znajomi – wpisz ocenę:
* Rodzinna – wpisz ocenę:
1. Jak według Ciebie osoba, którą wspierasz, jest odbierana w następujących sytuacjach społecznych? Do oceny proszę użyj skali szkolnej, gdzie 1 to najniższa możliwa ocena, a 6 - najwyższa.
* Wśród rodziny – wpisz ocenę:
* W towarzystwie znajomych – wpisz ocenę:
* Miejscu pracy/szkole – wpisz ocenę:
* Miejsca oficjalne np. kościół, urząd – wpisz ocenę:
* Miejsca publiczne np. parki, place zabaw, sklepy – wpisz ocenę:
1. Skąd bierzesz informacje na temat przysługującego wsparcia? [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]
* Internet
* Od osób w podobnej sytuacji
* Od lekarzy
* Od wspólnoty religijnej
* Z broszur informacyjnych
* Od przedstawiciela Ośrodka Pomocy Społecznej
* Z ZUS
* Z plakatów
* Reklam w radiu i telewizji
* Inna odpowiedź (wpisz jaka):
1. W jakim stopniu trafiające do Ciebie informacje dotyczące wsparcia są wyczerpujące i w pełni zrozumiałe? Proszę użyj skali od 1 do 5, gdzie najniższa wartość oznacza całkowicie niezrozumiałe, a najwyższa – całkowicie zrozumiałe.

Wpisz ocenę:

1. Czy dostałeś/ dostałaś informacje od gminy o następujących programach wsparcia dla osób z niepełnosprawnością i ich opiekunów? (zaznacz proszę „tak” lub „nie”)
* Opieka wytchnieniowa: Tak Nie
* Usługi opiekuńcze: Tak Nie
* Specjalistyczne usługi opiekuńcze: Tak Nie
* Asystent osoby z niepełnosprawnością: Tak Nie
* Asystent rodzinny: Tak Nie

## Edukacja

1. Czy osoba, którą wspierasz, uczęszcza do placówki edukacyjnej?
2. Tak
3. Nie
4. Z jakiej formy edukacji korzysta lub korzystała osoba, którą wspierasz? [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]
* Szkoła podstawowa
* Gimnazjum
* Liceum
* Technikum
* Szkoła Zawodowa
* Uczelnia Wyższa
* Przedszkole
* Zindywidualizowany tok nauczania
* Edukacja domowa
* Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy
* Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy
* Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy
1. Czy w trakcie trwania nauki lub po jej zakończeniu zostaliście zapytani o potrzeby związane z dalszą edukacją?
2. Tak
3. Nie
4. Czy w trakcie nauki lub po jej zakończeniu zostaliście poinformowani o innych formach wsparcia po zakończeniu edukacji (Warsztaty Terapii Zajęciowej, Środowiskowy Dom Samopomocy)?
5. Tak
6. Nie

## Opieka medyczna

1. Czy korzystałeś/ korzystałaś z usług oferowanych przez poniższe instytucje związane z pomocą, opieką medyczną i aktywizacją?
* Ośrodek Wczesnej Interwencji i Wspomagania Rozwoju: Tak Nie
* Wiodący Ośrodek Koordynacyjo-Rebilitacyjno-Opiekuńczy: Tak Nie
* W ramach systemu edukacyjnego: Tak Nie
* innych form zorganizowanych (np. Środowiskowy Dom Samopomocy, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Zakład Aktywności Zawodowej) :

Tak Nie

* Ośrodków prywatnych: Tak Nie
1. Z jakiego typu usług korzystałeś/ korzystałaś w ramach wybranych instytucji? [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]
* Diagnoza kondycji fizycznej i psychicznej dziecka
* Indywidualna terapia
* Różne formy stymulowania rozwoju
* Psychologiczne wsparcie dla rodziców
* Udzielanie rodzicom informacji o problemach rozwojowych dziecka
* Wskazywanie właściwych form pomocy, rehabilitacji, wsparcia dla dziecka
* Udzielanie informacji o specjalistach w danym powiecie, gminie
* Przygotowanie do życia w społeczeństwie (trening niezależnego życia) osób z zaburzeniami psychicznymi i z niepełnosprawnością intelektualną
* Aktywizacja społeczna
1. Czy usługi medyczne i rehabilitacyjne, z których korzystasz są dostępne w obrębie [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]:
* Twojego miejsca zamieszkania (miejscowości)
* Gminy
* Powiatu
* Województwa
* Województw sąsiadujących z twoim województwem
* W innych województwach oddalonych od mojego miejsca zamieszkania

## Niezależne życie

1. Jak wyobrażasz sobie przyszłość osoby, którą wspierasz? [wybierz 1 odpowiedź]
2. Opieka osobista
3. Dom Pomocy Społecznej
4. Kameralne mieszkalnictwo ze wsparciem w lokalnej społeczności, blisko Ciebie i członków rodziny
5. Pełna niezależność
6. Mieszkanie i wsparcie z innym członkiem rodziny (np. rodzeństwo)
7. Inna odpowiedź (wpisz jaka):
8. Jak oceniasz poniższe formy wsparcia dla osób z niepełnosprawnością? Do oceny proszę użyj skali szkolnej, gdzie 1 jest oceną najniższą, a 6 oceną najwyższą.
* Osobiste wsparcie przez członka rodziny – wpisz ocenę:
* Możliwość zamieszkania w Domu Pomocy Społecznej – wpisz ocenę:
* Możliwość zamieszkania w mieszkaniu chronionym – wpisz ocenę:
1. Z jakich form wsparcia chcesz skorzystać?
* Usługa wytchnieniowa: Tak Nie
* Specjalistyczne usługi opiekuńcze: Tak Nie
* Doradztwo w zakresie własnego zdrowia: Tak Nie

## Mobilność

1. Czy osoba, którą wspierasz, korzysta z gminnego transportu dedykowanego dla osób z niepełnosprawnością (np. busów)?
2. Tak

M1a. Skąd dowiedziałeś/ dowiedziałaś o możliwości korzystania z tego typu transportu? [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]

* Urząd Miasta
* Dom Pomocy Społecznej
* Stowarzyszenia/ fundacje
* Znajomi
* Proboszcz ksiądz
* Asystent środowiskowy
* Szkoła/ placówka, do której dojeżdżam
* Sprzedawca w sklepie
* Ktoś z mojego otoczenia (rodzic/ rodzeństwo/partner/partnerka)
* Gazeta lokalna
* Radio
1. Nie
2. Proszę zaznacz, z jakiego środku transportu korzystasz najczęściej przemieszczając się z osobą wspieraną: [wybierz 1 odpowiedź]
3. Auto prywatne
4. Komunikacja miejska
5. Transport dedykowany dla osób z niepełnosprawnością
6. Pieszo
7. Rowerem
8. Inne (wpisz jakie):
9. Proszę zaznacz, jak często odwiedzasz następujące miejsca wraz z osobą wpieraną (wstaw „x” w odpowiednie pola):

| **Miejsce**  | **Codziennie** | **Co najmniej raz w tygodniu** | **Co najmniej raz w miesiącu** | **Raz w roku** | **Rzadziej niż raz w roku** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sklep osiedlowy |  |  |  |  |  |
| Sklep wielkopowierzchniowy |  |  |  |  |  |
| Bibliotekę |  |  |  |  |  |
| Pracę |  |  |  |  |  |
| Szkołę |  |  |  |  |  |
| Kino |  |  |  |  |  |
| Teatr |  |  |  |  |  |
| Urząd |  |  |  |  |  |
| Basen |  |  |  |  |  |
| Restauracja |  |  |  |  |  |
| Inne miasto |  |  |  |  |  |

## Czas wolny

1. Z jakich form aktywności korzystasz? Przy każdej formie aktywności zaznacz proszę, wstawiając „x”, jedną z możliwości – „korzystam” lub „mam możliwość skorzystać, ale tego nie robię” lub „nie mogę skorzystać”

| **Aktywności**  | **Korzystam** | **Mam możliwość skorzystania** | **Nie mogę skorzystać** |
| --- | --- | --- | --- |
| Koncerty |  |  |  |
| Warsztaty artystyczne  |  |  |  |
| Zajęcia sportowe  |  |  |  |
| Festyny  |  |  |  |
| Imprezy miejskie |  |  |  |
| Wyjazdy turystyczne |  |  |  |
| Plaża  |  |  |  |
| Basen |  |  |  |
| Kino |  |  |  |
| Teatr |  |  |  |
| Gry komputerowe  |  |  |  |
| Gry planszowe  |  |  |  |
| Spotkanie ze znajomymi |  |  |  |
| Wyjścia do restauracji, barów  |  |  |  |
| Zwiedzanie muzeum |  |  |  |

1. Dlaczego nie korzystasz z wyżej wskazanych aktywności? [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]
* Są za drogie
* Nie mogę dotrzeć do miejsc, gdzie się odbywają
* Dane aktywności mnie nie interesują
* Nie są przystosowane do moich potrzeb.
* Uczestnictwo w nich to za duży wysiłek
* Inne przyczyny (wpisz jakie):
1. Czy brałeś/ brałaś udział w poprzednich wyborach prezydenckich?
2. Tak
3. Nie

CW3b. Z jakich powodów nie wziąłeś/ nie wzięłaś udziału w wyborach? [wybierz 1 odpowiedź]

1. Nie interesuję się polityką
2. Z powodu barier

CW3bb. Jakie bariery uniemożliwiły Ci wzięcie udziału w wyborach? [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]

* Brak informacji
* Brak możliwości dojazdu
* Brak dostępności budynku
* Brak możliwości znalezienia opieki dla podopiecznego na czas głosowania
* Inne bariery (wpisz jakie):

## Praca

1. Czy podejmujesz pracę zawodową?
2. Tak
3. Nie
4. Dlaczego? [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]
* W związku z opieką nad osobą wspieraną
* Problemy zdrowotne
* Nie mam kwalifikacji
* Nie wiem, gdzie mogę pracować
* Inne powody (wpisz jakie):
1. Czy korzystasz z jakieś formy aktywizacji zawodowej?
2. Tak
	* + 1. Z jakich miejsc aktywizacji zawodowej korzystałeś/ korzystałaś? [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]
* Urząd pracy
* Stowarzyszenia /fundacje
* Staże pracy
1. Nie
2. Czy pobierasz świadczenia socjalne?
3. Tak
4. Nie
5. Jakie warunki powinny być spełnione, żebyś mógł/mogła podjąć pracę? [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]
* Zniesienie kryterium dochodowego przy dostępie do usług społecznych i turnusów rehabilitacyjnych
* Dostęp do placówki opiekuńczej dziennej
* Przynajmniej częściowe zachowanie świadczenia
* Elastyczny czas pracy, możliwość pracy zdalnej, przychylność pracodawcy
* Nie interesuje mnie podjęcie pracy
* Możliwość opłacenia dodatkowej opieki dla podopiecznego
* Możliwość otrzymywania świadczenia na osobę, którą się opiekuję
* Inne warunki (wpisz jakie) :
1. Czy korzystałeś/ korzystałaś z doradztwa zawodowego?
2. Tak
3. Gdzie korzystałeś/ korzystałaś z usług doradztwa zawodowego? [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]
* Powiatowy Urząd Pracy
* Placówki edukacyjne
* Stowarzyszenia/ fundacje
* Inne:
1. Nie
2. Czy zamierzasz w przyszłości skorzystać z usług doradcy zawodowego?
3. Tak
4. Nie

## Metryczka

Płeć:

Rok urodzenia:

Wykształcenie:

1. Podstawowe
2. Średnie
3. Zawodowe
4. Wyższe

Wielkość miejscowości zamieszkania

1. Wieś
2. Miejscowość pon. 20 tys. mieszkańców
3. Miejscowość 20-50 tys. mieszkańców
4. Miejscowość 50-100 tys. mieszkańców
5. Miejscowość 100-200 tys. mieszkańców
6. Miejscowość pow. 200 tys. mieszkańców

Miesięczny dochód na jednego członka rodziny

1. pon. 500 zł
2. 501-1000zł
3. 1001-1500zł
4. 1501-2000zł
5. pow. 2000zł

Rodzaj i stopień niepełnosprawności osoby wspieranej:

Działanie jest współfinansowane są ze środków Funduszu Spójności w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014-2020

