



Ankieta potrzeb osoby niepełnosprawnej

IMIĘ I NAZWISKO :

WIEK:

ZAINTERESOWANIA :

.....

1. Posiadany stopień niepełnosprawności : (Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź)

- znaczny stopień niepełnosprawności/I grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji
- umiarkowany stopień niepełnosprawności/II grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy

2. Przyczyny niepełnosprawności: (Należy zaznaczyć właściwe odpowiedzi)

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - upośledzenie umysłowe | - schorzenie narządu ruchu |
| - choroby psychiczne | - epilepsja |
| - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | - choroby neurologiczne |
| - choroby narządu wzroku | - choroby układu pokarmowego |
| - choroby układu oddechowego i krążenia | - całościowe zaburzenia rozwojowe |
| - choroby układu moczowo-płciowego | - inne |

3. Czy korzysta Pan/Pani ze wsparcia w formie usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych lub usług Programu „Opieka wytchnieniowa”, „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”.

- tak, jakiego ?.....
- nie

4. Co jest źródłem Pan/Pani utrzymania ? (Należy zaznaczyć właściwe odpowiedzi)

- renta z tytułu niezdolności do pracy
- renta rodzinna
- renta socjalna
- emerytura
- zasiłek stały
- inne (jakie?)

5. W jakim budynku Pan/Pani mieszka? (Można zaznaczyć max dwie odpowiedzi)

- w domku jednorodzinnym
- w budynku do 3 piętra
- w budynku powyżej 3 piętra
- w budynku wyposażonym w windę
- w budynku bez windy
- innym, proszę wpisać jakim?

.....



6. Ile osób mieszka wspólnie z Panem/Panią? (Należy zaznaczyć jedną odpowiedź)

- 0
- 1
- 2
- powyżej 3

7. Jak najczęściej porusza się Pan/Pani w domu? (Należy zaznaczyć właściwe odpowiedzi)

- samodzielnie
- korzystając z pomocy sprzętu ortopedycznego np. kuli, balkonika
- korzystając z pomocy innej osoby
- poruszam się na wózku inwalidzkim
- jestem osobą leżącą

8. Jak często wychodzi Pan/Pani z domu?: (Należy zaznaczyć jedną odpowiedź)

- codziennie
- kilka razy w tygodniu
- kilka razy w miesiącu
- wogóle

9. Proszę zaznaczyć, jakie bariery utrudniają Panu/Pani wychodzenie z domu, w którym Pan/Pani mieszka (Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- nie ma takich barier
- brak windy
- brak poręczy
- schody
- brak podjazdu
- inne utrudnienia (Jakie?)

.....

10. Proszę wskazać najczęstsze miejsca wyjścia z domu: (Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź) :

- praca
 - lekarz
 - urząd
 - kościół
 - sklep
 - inne (jakie?)
- znajomi
 - kino, teatr

.....

11. Jakiego wsparcia Pan/Pani potrzebuje ze strony asystenta ? (Można zaznaczyć dowolną ilość odpowiedzi)

- pomoc przy wykonywaniu codziennych czynności domowych
- pomoc przy robieniu zakupów
- pomoc w załatwianiu spraw urzędowych np. na pocztę, banku
- pomoc w wyjściu, powrocie lub dojazdach do domu, pracy, placówek oświatowych, kościoła, placówek służby zdrowia, imprez kulturalnych/rozrywkowych/sportowych
- pomoc w nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami
- pomoc w korzystaniu z dóbr kultury (tj. muzeum, teatr, kino, galerie, sztuki, wystawy itp.)



12. W jakich godzinach potrzebuje Pan/Pani wsparcia ze strony osobistego asystenta ? (Wypełnić według potrzeb).

poniedziałek	od godz.	do godz.
wtorek	od godz.	do godz.
środa	od godz.	do godz.
czwartek	od godz.	do godz.
piątek	od godz.	do godz.
sobota	od godz.	do godz.
niedziela	od godz.	do godz.

.....
Imię i nazwisko

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie o ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE [zwanym dalej RODO] informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Kępicach.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonania umowy zlecenia, w szczególności praw i obowiązków z niej wynikających, ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. "b" i "c" RODO, w związku z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;
3. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub podmioty, z którymi administrator będzie miał zawarte umowy o świadczenie usług;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres świadczenia usługi, a po jego zakończeniu do czasu upływu okresu przedawnienia roszczeń majątkowych, przedawnienia należności publicznoprawnych z tytułu podatków i składek na ubezpieczenia społeczne, chyba że z aktualnie obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych będzie wynikało prawo lub obowiązek przechowywania przez dłuższy okres;
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO oraz inne przepisy o ochronie danych osobowych;
7. Podane przez Panią/Pana dane osobowe są niezbędne do wykonania umowy zlecenia oraz wypełnienia obowiązku prawnego przez administratora;

.....
Imię i nazwisko