

Szanowni Państwo,

**Zapraszamy do udziału w ankiecie dotyczącej
potrzeb osób z niepełnosprawnościami**



GLIWICE

Urząd Miejski w Gliwicach przygotowuje nowy program działań na rzecz osób niepełnosprawnych dla miasta Gliwice, który winien obejmować działania w zakresie rehabilitacji społecznej, rehabilitacji zawodowej i zatrudniania oraz przestrzegania praw osób z niepełnosprawnością. Zebrane Państwa opinie będą służyły jako materiał pomocniczy przy tworzeniu diagnozy potrzeb osób z niepełnosprawnościami, która poprzedzi opracowanie powyższego programu.

Ankieta niniejsza jest anonimowa i nie ma możliwości powiązania odpowiedzi z osobą ankietowaną.

Uwaga! W przypadku osób małoletnich, ankietę wypełnia rodzic lub opiekun.

1. Z jakich usług/wsparcia korzysta Pani/Pan lub Pani/Pana opiekun? (Proszę wstawić X w wybranym polu)		
	Usługi, z których obecnie korzystam	Usługi, z których chciałabym/chciałbym korzystać, ale są niedostępne lub trudno dostępne
usługi opiekuńcze		
usługi pielęgnacyjne		
specjalistyczne usługi opiekuńcze		
świadczenie pielęgnacyjne		
zasiłek pielęgnacyjny/dodatek pielęgnacyjny		
usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością		
usługi opieki wytchnieniowej		
renta socjalna		
500+ Świadczenie uzupełniające dla osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji		
świadczenie wspierające		
usługi świadczone w Środowiskowym Domu Samopomocy		
usługi świadczone w Warsztatach Terapii Zajęciowej		
usługi świadczone w Dziennym Domu Pomocy Społecznej		
pobyty w Domu Pomocy Społecznej		
zasiłki z pomocy społecznej		
mieszkania treningowe i wspomagane		
pomoc psychologiczna		
świadczenia finansowe z PFRON		
wsparcie zawodowe/oferta Powiatowego Urzędu Pracy		
oferta organizacji pozarządowych		
oferta edukacyjna dla osób z niepełnosprawnością		
usługi w ramach Programu Rehabilitacja 25+		
usługi transportowe		
inne		

2. Jakie są Pani/Pana potrzeby w obszarze PRACA? (Proszę opisać)

np. dostęp do miejsc pracy dla osób z niepełnosprawnością, szkoleń, poradnictwa zawodowego

3. Jakie są Pani/Pana potrzeby w obszarze OPIEKUŃCZO-SOCJALNYM (bez rehabilitacji fizycznej)?

- Proszę opisać

np. dostęp do usług opiekuńczych, świadczeń pomocy społecznej, dostęp do ośrodków wsparcia, pomocy asystenta osoby z niepełnosprawnością, opieki wytchnieniowej i inne

4. Jakie są Pani/Pana potrzeby w obszarze EDUKACJA? (Proszę opisać)

np. wczesne wspomaganie rozwoju dziecka, dostęp do kształcenia specjalnego, możliwość kształcenia na wyższym poziomie, problemy z dostępnością architektoniczną w szkole i inne

5. Jakie są Pani/Pana potrzeby w obszarze KOMUNIKACJI PUBLICZNEJ i PRZESTRZENI PUBLICZNEJ? (Proszę opisać)

np. potrzeby w zakresie likwidacji barier architektonicznych, przystosowaniem środka transportu, dostosowanie komunikacyjne przestrzeni publicznej, np. sygnalizacja dźwiękowa i inne

6. Jakie są Pani/Pana potrzeby w obszarze MIESZKALNICTWO i SAMODZIELNE ŻYCIE ? (Proszę opisać)

np. likwidacja barier architektonicznych, dostęp do opieki wytchnieniowej, asystenta osobistego OzN, bariery architektoniczne w mieszkaniu, bariery architektoniczne w części wspólnej budynków wielorodzinnych, np. na klatce schodowej, wyjściu z budynku i inne

7. Jakie są Pani/Pana potrzeby w obszarze INFORMACJNO-KOMUNIKACYJNYM ? (Proszę opisać)

np. dostęp do informacji, dostęp do poradnictwa specjalistycznego, prawnego, interwencji kryzysowej, dostępność stron internetowych dla osób z niepełnosprawnością

8. Jakie są Pani/Pana potrzeby w obszarze INTEGRACJA ? (Proszę opisać)

np. dostęp do wydarzeń kulturalnych, sportowych, umożliwienie aktywności społecznej

9. Jakie są Pani/Pana INNE POTRZEBY nie wskazane w powyższych punktach ? (Proszę opisać)

10. Jakie Pani/Pana zdaniem działania powinno podjąć miasto Gliwice, aby lepiej odpowiadać na potrzeby osób z niepełnosprawnościami? (Proszę opisać)

Metryczka (proszę wstawić X w wybranym polu)	
1. Czy posiada Pani/Pan orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności?	
nie	
tak	
2. Jaki Pani/Pan posiada stopień niepełnosprawności? Pytanie dla osób, które w pytaniu nr 1 wybrały odpowiedź „tak”	
lekki	
umiarkowany	
znaczny	
3. Jaki Pani/Pan posiada rodzaj niepełnosprawności? Pytanie dla osób, które w pytaniu nr 1 wybrały odpowiedź „tak”	
ruchowa	
intelektualna	
dysfunkcja wzroku	
dysfunkcja słuchu	
zaburzenia zdrowia psychicznego	
inne – jakie?	
4. Czy posiada Pani/Pan orzeczoną niezdolność do samodzielnej egzystencji lub znacznie ograniczoną możliwość samodzielnej egzystencji? Pytanie dla osób, które w pytaniu nr 1 wybrały odpowiedź „tak”	
nie	
tak	
5. Wiek	
do 18 r. życia	
18-29 lat	
30-49 lat	
50-69 lat	
70 i więcej lat	
6. Czy mieszka Pani/Pan	
samotnie	
z rodziną	
z inną osobą z niepełnosprawnością	
inne	
7. Jakie jest Pani/Pana źródło utrzymania?	
wynagrodzenie za pracę	
renta/emerytura	
renta socjalna	
zasiłek dla bezrobotnych	
świadczenia z pomocy społecznej	
świadczenie wspierające	
inne	
8. Jak ocenia Pani/Pan swoją sytuację materialną?	
zdecydowanie ponad przeciętną	
raczej ponad przeciętną	
przeciętnie	
raczej poniżej przeciętnej	
zdecydowanie poniżej przeciętnej	

Dziękujemy za odpowiedź