

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]
 - a) Bardzo dobrze
 - b) Raczej dobrze
 - c) Ani dobrze ani źle
 - d) Raczej źle
 - e) Bardzo źle
2. 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
3. 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):
4. 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 Ośrodka Pomocy Społecznej – wpisz ocenę:
 - Kontakt z sąsiadami – wpisz ocenę:
 - Opieką Medyczną (lekarze, pielęgniarki) – wpisz ocenę:
 - Rehabilitanci – wpisz ocenę:
 - Znajomi – wpisz ocenę:
 - Rodzinna – wpisz ocenę:
5. 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:
6. 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):

7. 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:

8. 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

- E1. Czy osoba, którą wspierasz, uczęszcza do placówki edukacyjnej?
- a) Tak
 - b) Nie
- E2. 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
 - Indywidualizowany tok nauczania
 - Edukacja domowa
 - Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy
 - Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy
 - Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy
- E3. Czy w trakcie trwania nauki lub po jej zakończeniu zostaliście zapytani o potrzeby związane z dalszą edukacją?
- a) Tak

b) Nie

E4. Czy w trakcie nauki lub po jej zakończeniu zostaliście poinformowani o innych formach wsparcia po zakończeniu edukacji (Warsztaty Terapii Zajęciowej, Środowiskowy Dom Samopomocy)?

a) Tak

b) Nie

Opieka medyczna

OM1. 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 Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-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

OM2. 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

OM3. 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

NZ1. Jak wyobrażasz sobie przyszłość osoby, którą wspierasz? [wybierz 1 odpowiedź]

- Opieka osobista
- Dom Pomocy Społecznej
- Kameralne mieszkalnictwo ze wsparciem w lokalnej społeczności, blisko Ciebie i członków rodziny
- Pełna niezależność
- Mieszkanie i wsparcie z innym członkiem rodziny (np. rodzeństwo)
- Inna odpowiedź (wpisz jaka):

NZ2. 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:

NZ3. Z jakich form wsparcia chcesz skorzystać?

- Usługa wytchnieniowa: Tak Nie
- Specjalistyczne usługi opiekuńcze: Tak Nie
- Doradztwo w zakresie własnego zdrowia: Tak Nie

Mobilność

M1. Czy osoba, którą wspierasz, korzysta z gminnego transportu dedykowanego dla osób z niepełnosprawnością (np. busów)?

- 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

b) Nie

M2. Proszę zaznaczyć, z jakiego środka transportu korzystasz najczęściej przemieszczając się z osobą wspieraną: [wybierz 1 odpowiedź]

- a) Auto prywatne
- b) Komunikacja miejska
- c) Transport dedykowany dla osób z niepełnosprawnością
- d) Pieszo
- e) Rowerem
- f) Inne (wpisz jakie):

M3. Proszę zaznaczyć, jak często odwiedzasz następujące miejsca wraz z osobą wspieraną (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					

Miejsce	Codziennie	Co najmniej raz w tygodniu	Co najmniej raz w miesiącu	Raz w roku	Rzadziej niż raz w roku
Kino					
Teatr					
Urząd					
Basen					
Restauracja					
Inne miasto					

Czas wolny

CW1. 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			

Aktywności	Korzystam	Mam możliwość skorzystania	Nie mogę skorzystać
Plaża			
Basen			
Kino			
Teatr			
Gry komputerowe			
Gry planszowe			
Spotkanie ze znajomymi			
Wyjścia do restauracji, barów			
Zwiedzanie muzeum			

CW2. 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):

CW3. Czy brałeś/ brałaś udział w poprzednich wyborach prezydenckich?

- a) Tak
- b) Nie

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

- a) Nie interesuję się polityką
- b) 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

P1. Czy podejmujesz pracę zawodową?

- a) Tak
- b) Nie

P1b. 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):

P2. Czy korzystasz z jakiejś formy aktywizacji zawodowej?

- a) Tak

P2a. Z jakich miejsc aktywizacji zawodowej korzystałeś/
korzystałaś? [możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]

- Urząd pracy
- Stowarzyszenia /fundacje
- Staże pracy

- b) Nie

P3. Czy pobierasz świadczenia socjalne?

- a) Tak
- b) Nie

P4. 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) :

P5. Czy korzystałeś/ korzystałaś z doradztwa zawodowego?

a) Tak

P5a. Gdzie korzystałeś/ korzystałaś z usług doradztwa zawodowego?
[możesz wybrać więcej niż 1 odpowiedź]

- Powiatowy Urząd Pracy
- Placówki edukacyjne
- Stowarzyszenia/ fundacje
- Inne:

b) Nie

P5b. Czy zamierzasz w przyszłości skorzystać z usług doradcy zawodowego?

- a) Tak
- b) Nie

Metryczka

Płeć:

Rok urodzenia:

Wykształcenie:

- a. Podstawowe
- b. Średnie
- c. Zawodowe
- d. Wyższe

Wielkość miejscowości zamieszkania

- a. Wieś
- b. Miejscowość pon. 20 tys. mieszkańców

- c. Miejscowość 20-50 tys. mieszkańców
- d. Miejscowość 50-100 tys. mieszkańców
- e. Miejscowość 100-200 tys. mieszkańców
- f. Miejscowość pow. 200 tys. mieszkańców

Miesięczny dochód na jednego członka rodziny

- a. pon. 500 zł
- b. 501-1000zł
- c. 1001-1500zł
- d. 1501-2000zł
- e. pow. 2000zł

Rodzaj i stopień niepełnosprawności osoby wspieranej:

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



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Fundusz Spójności

