**Ankieta**

**- zapotrzebowanie na formę pomocy z *Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025” finansowanego ze środków  
 Funduszu Solidarnościowego***

1. **Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a udziałem w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego?**

□ TAK

□ NIE

1. **Czy zamieszkuje Pan/Pani we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego:**

□ TAK

□ NIE

1. **Czy sprawuje Pan/Pani bezpośrednią opiekę nad?**

* dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności
* osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
* osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie 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

1. **Czy jest Pan/Pani mieszkańcem gminy Dębica**

* TAK
* NIE

1. **Jaką formę wsparcia przewidzianej dla osoby z niepełnosprawnością jest Pan/Pani zainteresowany/a?**

* Pobyt dzienny
* Pobyt całodobowy

1. **Czy zamieszkuje Pan/Pani we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuje całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną?**

* TAK
* NIE

Metryczka:

**Płeć**

* Kobieta
* Mężczyzna

**Wiek**………..................

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**