



Ankieta anonimowa

Chęć uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 dla Jednostek Samorządu Terytorialnego w Powiecie Skarżyskim

Ankieta jest całkowicie anonimowa. Jej celem jest rozpoznanie potrzeb w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnościami na terenie Powiatu Skarżyskiego.

1. Czy był(a)by Pan(i) zainteresowany(a) uczestnictwem w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” w 2026 roku?

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Trudno powiedzieć

2. Jakiego rodzaju wsparcie ze strony asystenta byłoby dla Pana/Pani najważniejsze?

- ☐ Pomoc w codziennych czynnościach domowych
- ☐ Wsparcie w dojazdach (np. do lekarza, urzędu, pracy, szkoły)
- ☐ Towarzystwo w aktywnościach społecznych/kulturalnych
- ☐ Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
- ☐ Wsparcie edukacyjne lub zawodowe
- ☐ Inne (jakie?):

3. Ile godzin tygodniowo pomocy asystenta byłoby dla Pana/Pani odpowiednie?

- ☐ do 5 godzin
- ☐ 6–10 godzin
- ☐ 11–20 godzin
- ☐ powyżej 20 godzin

4. Jaki rodzaj i stopień niepełnosprawności posiada Pan/Pani (lub dziecko, którego dotyczy wsparcie)?

Rodzaj niepełnosprawności (można zaznaczyć kilka):

- ☐ Ruchowa (np. poruszanie się na wózku, ograniczona sprawność kończyn)
- ☐ Neurologiczna (np. padaczka, stwardnienie rozsiane, choroby układu nerwowego)
- ☐ Intelktualna
- ☐ Psychiczna (np. schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, depresja)
- ☐ Całościowe zaburzenia rozwojowe (np. autyzm, zespół Aspergera)
- ☐ Wzrokowa
- ☐ Słuchowa
- ☐ Inna:

Stopień niepełnosprawności:

- ☐ Znaczny
- ☐ Znaczny – sprzężony
- ☐ Umiarkowany
- ☐ Umiarkowany – sprzężony

W przypadku dziecka (orzeczenie o niepełnosprawności):

- ☐ Tak, dziecko posiada orzeczenie ze wskazaniem pkt 7 (konieczność stałej opieki), oraz pkt 8 (konieczność stałego współudziału opiekuna)
- ☐ Tak, dziecko posiada orzeczenie bez wskazania pkt 7 i 8

