*Szanowni Państwo*

W celu zdiagnozowania sytuacji dotyczącej potrzeby utworzenia na terenie Powiatu Tatrzańskiego Środowiskowego Domu Samopomocy przedstawiam poniższą ankietę, z której wyniki pomogą nam w pewnym stopniu zobrazować problem. Zapraszamy do wypełnienia ankiety, która pozwoli poznać lokalne potrzeby w kierunku utworzenia dziennego ośrodka wsparcia na terenie powiatu dla osób z zaburzeniami psychicznymi( w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną, ze spektrum autyzmu , niepełnosprawnościami sprzężonymi). Badanie trwa do 30 listopada 2024 r. Ankietę można wydrukować, wypełnić i złożyć osobiście w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Modrzejewskiej 5 Zakopane, lub wysłać na adres email: sekretariat@pcpr.tatry.pl. Osoby zainteresowane umieszczeniem swoich podopiecznych w dziennym ośrodku wsparcia zachęcamy do złożenia wstępnej deklaracji uczestnictwa.

Szczegółowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu: 18 20 00 462

**Diagnoza potrzeb** **w zakresie dziennego ośrodka wsparcia dla osób z terenu Powiatu Tatrzańskiego**

Poniższa ankieta skierowana jest do mieszkańców Powiatu Tatrzańskiego zajmujących się opieką nad osobami z zaburzeniami psychicznymi( w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną, ze spektrum autyzmu , niepełnosprawnościami sprzężonymi) oraz wszystkich osób z najbliższego otoczenia jak np. rodzin, sąsiadów, osób wspierających i działających na rzecz tych osób, w tym pracowników pomocy społecznej. Ankieta ma za zadanie zobrazowanie obecnej sytuacji w zakresie możliwości dziennego wsparcia ww. osób na terenie Powiatu Tatrzańskiego – ankieta jest anonimowa.

Z góry dziękuję za rzetelne wypełnienie ankiety.

1. **Sytuacja Rodzinna**
2. **Czy w Pani/Pana rodzinie lub najbliższym otoczeniu znajdują się osoby** **z****zaburzeniami psychicznymi( w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną, ze spektrum autyzmu , niepełnosprawnościami sprzężonymi) ?**

□ tak

□ nie

1. **Czy w przypadku braku możliwości sprawowania opieki nad osobą zależną Pani/Pana podopieczna/y może liczyć na wsparcie ze strony członków rodziny lub najbliższego otoczenia?**

□ tak

□ nie

□ nie dotyczy

1. **Czy Pani/Pan rozważał/a kiedykolwiek możliwość umieszczenia członka swojej rodziny w ośrodku zapewniającym opiekę?**

**□** tak

**□** nie

□ nie dotyczy

1. **Czy w przypadku zdecydowania się na umieszczenie członka swojej rodziny w dziennym środku wsparcia ma dla Pani/Pana znaczenie odległość od miejsca zamieszkania?**

**□** tak odległość ma duże znacznie

□ w żadnym wypadku odległość nie ma znaczenia

□ trudno powiedzieć

□ nie dotyczy

1. **Sytuacja Zdrowotna**
2. **Czy obecna sytuacja zdrowotna pozwala na świadczenie niezbędnej opieki dla chorego członka Pani/Pana rodziny?**

**□** tak

□ nie

□ w chwili obecnej tak, jednak za jakiś czas mogę nie podołać temu zadaniu

□ nie dotyczy

1. **Jaki stopień niepełnosprawności posiada Pani/Pana podopieczny?**

□ lekki

□ umiarkowany

□ znaczny

□ nie dotyczy

1. **Jaka jest przyczyna niepełnosprawności Pani/Pana podopiecznego *(można wymienić kilka)*?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy uwzględniając sytuację zdrowotną Pani/Pana podopiecznego jest on/a w stanie samodzielnie funkcjonować?**

**□** tak

**□** nie

□ nie dotyczy

1. **Sytuacja Materialna**
2. **Czy w przypadku umieszczenia członka rodziny w dziennym ośrodku wsparcia jest Pani/Pan w stanie ponosić koszty odpłatności z tego tytułu?**

□ nie jestem w stanie ponieść kosztów pobytu

□ jestem w stanie pokryć całość kosztów utrzymania mojego podopiecznego niezależnie od kwoty

□ nie dotyczy

1. **Potrzeby w zakresie wsparcia**
2. **Czy w Pani/Pana opinii utworzenie ośrodka wsparcia dziennego na terenie powiatu tatrzańskiego jest potrzebne?**

□ zdecydowanie tak jest taka konieczność

□ raczej tak

□ trudno powiedzieć

□ raczej nie

□ zdecydowanie nie ma takiej potrzeby

1. **Czy w Pani/Pana przypadku istnieje możliwość korzystania z usług ośrodka wsparcia dziennego (jeżeli tak to jaki)?**

□ tak – (*proszę o wskazanie ośrodka wsparcia dziennego np. ŚDS, WTZ itp.*)

………………………………………………………………………………………

□ nie

1. **Gdyby na terenie Powiatu Tatrzańskiego miał powstać ośrodek dziennego wsparcia dla osób z****zaburzeniami psychicznymi( w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną, ze spektrum autyzmu , niepełnosprawnościami sprzężonymi)  w której z Gmin miałby w Pani/Pana ocenie najbardziej korzystną lokalizację?**

**□** Miasto Zakopane

□ Gmina Poronin

□ Gmina Biały Dunajec

□ Gmina Kościelisko

□ Gmina Bukowina Tatrzańska

1. **Metryczka**
2. **Płeć**

□ Kobieta

□ Mężczyzna

1. **Wiek**

**□** 18-30 lat

□ 31-40 lat

□ 41-50 lat

□ 51-60 lat

□ powyżej 60 lat

1. **Miejsce zamieszkania**

□ wieś

□ miasto

1. **Anonimowe dane dot. ankietowanych**

**□** osoba z zaburzeniami psychicznymi( w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną, ze spektrum autyzmu , niepełnosprawnościami sprzężonymi

□ członek rodziny lub najbliższego otoczenia

□ przedstawiciel instytucji pomocy społecznej OPS, PCPR, ŚDS, inne

□ przedstawiciel władz samorządowych na szczeblu Powiatowym/Gminnym

□inne,jakie ……………………………………………………………………………………………..

1. **Miejsce na dodatkowe uwagi/informacje**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....................................................................................................

**WSTĘPNA DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**W ŚRODOWISKOWYM DOMU SAMOPOMOCY**

□ Deklaruje udział w dziennym ośrodku wsparcia natychmiast po jego ewentualnym utworzeniu\*

□ Deklaruje udział w dziennym ośrodku wsparcia w przyszłości\*