

Szanowni Państwo,

W związku z możliwością przystąpienia przez Gminę Śliwice w 2026 roku do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pn.: „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Śliwicach zwraca się z prośbą o wypełnienie ankiety, która pozwoli ocenić zainteresowanie mieszkańców udziałem w Programie. Badanie jest anonimowe, a jego wyniki zbierane są do dnia 3. września 2025 roku.

Głównym celem Programu jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym. Program kierowany jest do osób z niepełnosprawnościami posiadającymi orzeczenie o znacznym/umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, a także dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności.

**PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY  
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JST EDYCJA 2026 – DIAGNOZA  
POTRZEB MIESZKAŃCÓW GMINY ŚLIWICE**

1. Czy Pan/Pani jest zainteresowany/a skorzystaniem z usług Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla JST – edycja 2026 finansowanego ze środków funduszu solidarnościowego?

TAK

NIE

2. Proszę o wskazanie rodzaju posiadanego przez Pana/Panią orzeczenia o niepełnosprawności:

**orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną\*** lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;

**orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności** lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;

**orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną\*** lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;

**orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności** lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;

**orzeczenie dla dzieci w wieku do 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami:** konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

\*Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności

3. Proszę o wskazanie, jaką ilością godzin jest Pan/Pani zainteresowany/a w ramach usług asystencji osobistej:

liczba godzin w miesiącu .....

4. Czy w przypadku objęcia wsparciem w ramach programu ma Pan/Pani możliwość wskazania osoby, która mogłaby pełnić funkcję asystenta osoby z niepełnosprawnością ?

TAK

NIE

5. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług asystenta osoby z niepełnosprawnością lub usług obejmujących analogiczne wsparcie?

TAK

NIE

*Dziękujemy za wypełnienie ankiety!*