

## ANKIETA

dotycząca sytuacji osób niepełnosprawnych - mieszkańców Starogardu Gdańskiego

*Szanowni Państwo*

*Spoleczna Rada d.s. Osób Niepełnosprawnych, powołana przez Prezydenta Miasta Starogard Gdański zarządzeniem Nr 20/01/2011 z dnia 18 stycznia 2011 r., zwraca się z prośbą o wypełnienie ankiety.*

*Jej celem jest rozeznanie sytuacji, potrzeb i oczekiwań osób niepełnosprawnych w celu wypracowania kierunków działań mających na celu poprawę jakości życia tych osób.*

### INFORMACJE PODSTAWOWE DOTYCZĄCE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

1. Płeć
  - 1.1. kobieta
  - 1.2. mężczyzna
2. Wiek
  - 2.1. <5
  - 2.2. 6- 19
  - 2.3. 20-25
  - 2.4. 26 - 45
  - 2.5. 46 - 65
  - 2.6. > 65
3. Stan cywilny
  - 3.1. wolny (kawaler, panna)
  - 3.2. formalny związek (żonaty, mężatka )
  - 3.3. inny
4. Osoby będące pod opieką niepełnosprawnego
  - 4.1. nieletnie
  - 4.2. pełnoletnie
  - 4.3. nie dotyczy

### CHARAKTERYSTYKA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

5. Niepełnosprawność
  - 5.1. od urodzenia
  - 5.2. wystąpiła później  (..... rok życia)
  - 5.3. trwała
  - 5.4. czasowa
6. Rodzaj niepełnosprawności
  - 6.1. uszkodzenie i choroba narządu wzroku
  - 6.2. uszkodzenie i choroba narządu słuchu
  - 6.3. uszkodzenie i choroba narządu mowy
  - 6.4. uszkodzenie kończyn dolnych
  - 6.5. uszkodzenie kończyn górnych
  - 6.6. choroby serca i układu krążenia
  - 6.7. schorzenia reumatyczne
  - 6.8. schorzenia neurologiczne
  - 6.9. schorzenia psychiczne
  - 6.10. upośledzenie umysłowe
  - 6.11. schorzenie kręgosłupa

- 6.12. schorzenie układu pokarmowego
- 6.13. schorzenia układu oddechowego
- 6.14. inne, jakie .....
7. Orzeczony stopień niepełnosprawności (dawniej grupa)
- 7.1. znaczny na czas określony  na stałe
- 7.2. umiarkowany na czas określony  na stałe
- 7.3. lekki na czas określony  na stałe
- 7.4. osoby poniżej 16 roku życia bez orzeczenia
- 7.5. inne, jakie .....
8. Stopień samodzielności (stopień zależności spowodowany niepełnosprawnością):
- 8.1. samodzielny
- 8.2. potrzeba pomocy ciągłej
- 8.3. potrzeba pomocy przy wykonywaniu określonych czynności (np. samoobsługowych)
- 8.4. potrzeba pomocy w określonych sytuacjach (np. podróżowanie, sprawy urzędowe, wizyta u lekarza)
- 8.5. inne (jakie?) .....
9. Samodzielność w wykonywaniu podstawowych czynności
- 9.1. mówienie tak  nie  w sposób ograniczony
- 9.2. pisanie tak  nie  w sposób ograniczony
- 9.3. czytanie tak  nie  w sposób ograniczony
- 9.4. samodzielne poruszanie tak  nie  w sposób ograniczony
- 9.5. wykonywanie toalety osobistej tak  nie  w sposób ograniczony
- 9.6. spożywanie posiłków tak  nie  w sposób ograniczony
- 9.7. przygotowanie posiłków tak  nie  w sposób ograniczony
- 9.8. robienie zakupów tak  nie  w sposób ograniczony
- 9.9. sprzątanie i pranie tak  nie  w sposób ograniczony
- 9.10. wizyty u lekarza tak  nie  w sposób ograniczony
- 9.11. organizacja czasu wolnego tak  nie  w sposób ograniczony
10. Osoby sprawujące opiekę nad niepełnosprawnym:
- 10.1. rodzina
- 10.2. opiekun społeczny
- 10.3. osoba zaprzyjaźniona
- 10.4. wolontariusz
- 10.5. nikt, nie ma takiej potrzeby
- 10.6. inne / kto: .....
11. Formy świadczonej opieki jest:
- 11.1. płatna
- 11.2. częściowo płatna
- 11.3. nieodpłatna
- 11.4. inne, jakie.....
12. Zaopatrzenie w sprzęt pomocniczy i rehabilitacyjny: (np. kule, wózek ręczny, wózek elektryczny, laska, obuwie ortopedyczne, chodzik, balkonik, okulary zdrowotne, aparat słuchowy, kołnierz ortopedyczny, rower rehabilitacyjny pokojowy, urządzenie do masażu, tablice do ćwiczeń manualnych, pionizator, łóżko lub fotel rehabilitacyjny, bieżnia, itp.).
- 12.1. użytkowany sprzęt pomocniczy lub rehabilitacyjny .....  
.....
- 12.2. zalecony sprzęt .....  
.....
- 12.3. braki sprzętowe .....  
.....
- 12.4. przyczyna braku sprzętu .....  
.....

## WARUNKI MIESZKANIOWE I SYTUACJA FINANSOWA

### 13. Gospodarstwo domowe

- 13.1. jednoosobowe
- 13.2. wieloosobowe
- 13.3. inna forma zamieszkania  jaka?.....

### 14. Podstawowe warunki bytowe

- 14.1. samodzielne mieszkanie
- 14.2. samodzielny pokój
- 14.3. łazienka
- 14.4. w.c. w mieszkaniu
- 14.5. instalacja ciepłej wody
- 14.6. ogrzewanie z sieci zewnętrznej c.o.
- 14.6.1. ogrzewanie indywidualne:
- 14.6.2. elektryczne
- 14.6.3. piec c.o.
- 14.6.4. piec gazowy
- 14.6.5. kominek
- 14.6.6. inny, jaki.....

informacje dodatkowe .....

.....

.....

### 15. Dostępność lokalu mieszkalnego

- 15.1. możliwość samodzielnego wyjścia na zewnątrz
- 15.2. winda w budynku
- 15.3. podjazd

### 16. Czy występuje potrzeba wyposażenia budynku

- 16.1. w windę
- 16.2. w podjazd

### 17. Bariery funkcjonalne

proszę opisać występujące bariery: .....

.....

.....

### 18. Źródła utrzymania - dochodu

- 18.1. pensja
- 18.2. renta
- 18.3. zasiłek stały
- 18.4. zasiłek okresowy
- 18.5. inne  jakie? .....

### 19. Ocena sytuacji materialnej i finansowej

W skali od 1 do 10, gdzie 1 oznacza bardzo zła, a 10 bardzo dobra

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 20. Dochód na osobę w gospodarstwie domowym

- 20.1. poniżej 500,00
- 20.2. 500,01 – 1000,00
- 20.3. 1000,01 – 1500,00
- 20.4. 1500,01 – 2000,00
- 20.5. 2000,01 – 3000,00
- 20.6. powyżej 3.000,01

## WYKSZTAŁCENIE I AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

### 21. Wykształcenie

- 21.1. podstawowe
- 21.2. gimnazjalne
- 21.3. zawodowe
- 21.4. średnie
- 21.5. wyższe
- 21.6. inne , jakie .....
- 21.7. nie dotyczy

### 22. Inne informacje na temat edukacji i rozwoju

- 22.1. wczesne wspomaganie rozwoju
- 22.2. indywidualne nauczanie
- 22.3. szkoła specjalna
- 22.4. szkoła życia
- 22.5. inne  jakie?.....

### 23. Zawód

- 23.1. wyuczony  jaki?.....
- 23.2. wykonywany  jaki?.....
- 23.3. nie mam zawodu
- 23.4. nie dotyczy

### 24. Przeszkody w zdobywaniu wiedzy/ poziomów edukacji:

- 24.1. zły stan zdrowia
- 24.2. podeszły wiek
- 24.3. trudności w nauce
- 24.4. brak środków finansowych
- 24.5. inne  jakie.....
- 24.6. nie dotyczy

### 25. Podniesienie kwalifikacji, nabywanie nowych umiejętności

proszę określić preferowane kierunki ( np. obsługa komputera, nauka języka obcego, kurs: kroju i szycia, gotowania, rachunkowości, recepcjonisty, itp.):

.....  
.....  
.....

### 26. Aktywność zawodowa

- 26.1. praca w pełnym wymiarze czasu
- 26.2. praca niepełnym wymiarze czasu pracy
- 26.3. umowa zlecenie
- 26.4. umowa o dzieło
- 26.5. inne  jakie : .....
- 26.6. nie dotyczy

### 27. Przyczyna nie podejmowania pracy

- 27.1. złe samopoczucie
- 27.2. orzeczenie lekarskie
- 27.3. problem ze znalezieniem pracy
- 27.4. inne przyczyny  jakie.....
- 27.5. nie dotyczy

### 28. Jaki rodzaj pracy mógłby być wykonywany (biorąc pod uwagę stan zdrowia i możliwości)

.....

## MOŻLIWOŚCI REHABILITACJI ZAWODOWEJ, SPOŁECZNEJ I FIZYCZNEJ

### 29. Miejsce korzystania/wykonywania rehabilitacji

- 29.1. dom
- 29.2. publiczny ośrodek rehabilitacji
- 29.3. niepubliczny ośrodek rehabilitacji
- 29.4. gabinet lekarski
- 29.5. inny , jaki.....
- 29.6. nie dotyczy

### 30. Finansowanie rehabilitacji

- 30.1. Narodowy Fundusz Zdrowia
- 30.2. środki prywatne
- 30.3. inne , jakie.....

### 31. Potrzeba ćwiczeń lub zajęć rehabilitacyjnych

proszę podać preferowany/potrzebny rodzaj i miejsce ćwiczeń .....

.....

### 32. Utrudnienia w rehabilitacji

- 32.1. długi okres oczekiwania na rehabilitację
- 32.2. trudny dostęp do gabinetów (bariery architektoniczne)
- 32.3. trudności z dojazdem
- 32.4. trudności finansowe
- 32.5. inne, jakie.....

### 33. Zainteresowanie udziałem w życiu społecznym i aktywnościach

	Spotkania towarzyskie	Aktywne spędzanie czasu wolnego
Raz w tygodniu		
Kilka razy w tygodniu		
Raz w miesiącu		
Nie dotyczy		

inne jakie.....

.....

### 34. Korzystanie z pomocy usługowej lub finansowej

	Stale	Czasami	Nigdy
sąsiadów lub znajomych			
parafii			
zakładu pracy			
organizacji samopomocowych			
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej			
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie			
Inne, jakie			

## ZAINTERESOWANIA I CZAS WOLNY

### 35. Zainteresowania

- 35.1. muzyka
- 35.2. krajoznawstwo i podróże
- 35.3. sport, rekreacja
- 35.4. języki obce
- 35.5. kulinaria
- 35.6. opieka nad zwierzętami
- 35.7. polityka
- 35.8. wędkarstwo
- 35.9. uprawa działki
- 35.10. robótki ręczne
- 35.11. majsterkowanie
- 35.12. film, telewizja, kino
- 35.13. książki
- 35.14. inne,  jakie: .....
- 35.15. niczym się nie interesuję

### 36. Przeszkody w realizacji zainteresowań

Rodzaj zainteresowania	Przyczyna braku możliwości realizacji

### 37. Czas wolny

Proszę krótko opisać sposób spędzania czasu wolnego

.....

.....

.....

.....

### 38. Internet

- 38.1. dostęp do internetu
- 38.2. korzystanie z internetu

## OTOCZENIE I ŚRODOWISKO

### 39. Problemy osoby niepełnosprawnej (i/lub najbliższej rodziny)

- 39.1. brak pracy
- 39.2. brak własnego środka transportu
- 39.3. konieczność pokonywania barier 
  - 39.3.1. architektonicznych
    - 39.3.1.1. w domu  jakich?.....
    - 39.3.1.2. w pracy  jakich?.....
    - 39.3.1.3. inne  jakich?.....
  - 39.3.2. technicznych
    - 39.3.2.1. w domu  jakich?.....
    - 39.3.2.2. w pracy  jakich?.....
    - 39.3.2.3. inne  jakich?.....
  - 39.3.3. w komunikowaniu się  jakich?.....
  - 39.3.4. w korzystaniu z komunikacji  jakich?.....
  - 39.3.5. inne  jakie?.....
- 39.4. brak dostępu do szkoleń
  - 39.4.1. kursów doskonalących  jakich?.....
  - 39.4.2. kursów kwalifikacyjnych  jakich?.....
  - 39.4.3. inne  jakie?.....

- 39.5. brak sprzętu rehabilitacyjnego (ortopedycznego):
- 39.5.1. wózek
  - 39.5.2. balkonik
  - 39.5.3. aparatów słuchowych
  - 39.5.4. implantu ślimakowego
  - 39.5.5. szkieł optycznych
  - 39.5.6. łóżka przeciw odleżynom
  - 39.5.7. inne  jaki?.....
- 39.6. brak świadczeń:
- 39.6.1. zasiłku pielęgnacyjnego
  - 39.6.2. zasiłku dla bezrobotnych
  - 39.6.3. zasiłku z pomocy społecznej
  - 39.6.4. świadczeń alimentacyjnych
  - 39.6.5. renty
  - 39.6.6. inne  jakie?.....
- 39.7. brak orzeczenia
- 39.7.1. o niepełnosprawności do celów rentowych
  - 39.7.2. o niepełnosprawności do celów poza rentowych
  - 39.7.3. inne  jakie?.....
- 39.8. ograniczone możliwości w dostępie do rehabilitacji
- 39.8.1. fizycznej (zabiegi, ćwiczenia usprawniające)
  - 39.8.2. psychicznej (terapia indywidualna, grupowa)
  - 39.8.3. turnusów rehabilitacyjnych
  - 39.8.4. inne  jakie?.....
40. Działania, które miałyby wpływ na poprawę sytuacji osoby niepełnosprawnej:
- 40.1. rejestracja w PUP
  - 40.2. uzyskanie kwalifikacji zawodowych  jakich?.....
  - 40.3. możliwość podjęcia nauki:
    - 40.3.1. w szkole średniej
    - 40.3.2. na studiach
  - 40.4. wsparcie środowiskowe:
    - 40.4.1. materialne
    - 40.4.2. psychologiczne
    - 40.4.3. inne  jakie?.....
  - 40.5. terapia psychiatryczna
  - 40.6. udział w Warsztacie Terapii Zajęciowej (WTZ)
  - 40.7. stałe zatrudnienie
  - 40.8. zmiana
    - 40.8.1. mieszkania  (podać przyczynę).....
    - 40.8.2. miejsca zamieszkania  (podać przyczynę).....
    - 40.8.3. inne  jakie? .....
  - 40.9. pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego
    - 40.9.1. stała
    - 40.9.2. okresowa
  - 40.10. pomoc w zakupie własnego środka transportu
  - 40.11. pomoc materialna 
    - 40.11.1. stała
    - 40.11.2. okresowa
  - 40.12. inne  jakie? .....

uwagi.....

.....

.....

41. Istniejące zmiany w otoczeniu

Proszę opisać zauważone zmiany w zakresie powstania ułatwień dla osób niepełnosprawnych ( na przestrzeni ostatnich lat)

.....  
.....

42. Oczekiwane zmiany w otoczeniu

Proszę opisać oczekiwane zmiany w zakresie ułatwień dla osób niepełnosprawnych

.....  
.....

43. Ocena dostępności obiektów publicznych w Starogardzie Gdańskim dla osób niepełnosprawnych w naszym mieście:

Proszę ocenić w skali od 1 do 5 gdzie

- 1- brak dostępności
- 2 - niedostateczny dostęp
- 3 - dostateczny dostęp
- 4 - dobry dostęp
- 5 - bardzo dobry dostęp

Nazwa obiektu publicznego	Ocena od 1 do 5
Urząd Miasta	
Starostwo Powiatowe	
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej	
Powiatowy Urząd Pracy	
Inny, jaki	

Uwagi (czy dostępność poprawia się, jakie ulepszenia należy wprowadzić) .....

.....  
.....  
.....

44. Informacji udzielił:

- 44.1. osoba niepełnosprawna
- 44.2. ojciec
- 44.3. matka
- 44.4. brat
- 44.5. siostra
- 44.6. inne (jakie): .....

Dziękujemy za poświęcony czas na wypełnienie ankiety.

Prosimy o jej zwrot do dnia **27 czerwca 2014** r. (piątek) do Urzędu Miasta Starogard Gdański, ul. Gdańska 6, Biuro Obsługi Klienta.