# Rozeznanie potrzeb mieszkańców Gminy Nowa Wieś Lęborska - AOON edycja 2026.

Rozeznanie potrzeb mieszkańców Gminy Nowa Wieś Lęborska w zakresie usług asystencji osobistej na 2026 rok w ramach programu: "Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością".

Prosimy o rzetelne wypełnienie ankiety, co pozwoli określić potrzeby i zakres pomocy dla osób
zamieszkałych na terenie Gminy Nowa Wieś Lęborska, a także zaplanować środki finansowe na ten cel.

***Uwaga: proszę mieć na względzie, że osoba, której ankieta dotyczy obowiązana będzie do przedłożenia kserokopii aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.***

1. Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością.

   _____

2. Adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.

   _____

3. Data urodzenia osoby z niepełnosprawnością.

   _____

4. Numer telefonu kontaktowego:

   _____

5. Czy dla osoby niepełnosprawnej został ustanowiony opiekun prawny?

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- Tak
- Nie

6. Jeśli został ustanowiony opiekun prawny proszę o podanie imienia i nazwiska tej osoby:

_____

7. Grupa i stopień niepełnosprawności:

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- stopień niepełnosprawności umiarkowany
- stopień niepełnosprawności znaczny
- orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi powyżej zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- dziecko, w wieku od uk. 2 r.ż. do 16 r.ż. posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzstencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji

8. Symbol niepełnosprawności, jeśli występuje kilka proszę zaznaczyć występujące:

*Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.*

- [ ] 01-U
- [ ] 02-P
- [ ] 03-L
- [ ] 04-O
- [ ] 05-R
- [ ] 06-E
- [ ] 07-S
- [ ] 08-T
- [ ] 09-M
- [ ] 10-N
- [ ] 11-I
- [ ] 12-C

9. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

_____

10. Jak porusza się Pan/i w domu:

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- ( ) samodzielnie
- ( ) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.
- ( ) nie poruszam się samodzielnie

11. Jak porusza się Pan/i poza miejscem zamieszkania:

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- ( ) samodzielnie
- ( ) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.
- ( ) nie poruszam się samodzielnie

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie?

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- tak
- nie

13. Czy jest Pan/i osobą:

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta ze wsparcia innych osób
- wspólnie zamieszkującą z inną osobą, przy czym osoba ta nie jest w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, przy czym jednocześnie spełniamy warunki, o których mowa w cz. III ust. 2 Programu i nie mamy możliwości wzajemnego wsparcia ani nie korzystamy ze wsparcia innych osób
- osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej, tj. dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub rodzinnym domu dzieck
- osobą, o której mowa w części III ust. 2 Programu, przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego. tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim

14. Jakie trudności napotyka Pan/i w domu i poza domem?

_____

_____

_____

_____

_____

15. Proszę określić Pana/i poziom samodzielności:

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- jestem osobą samodzielną
- jestem częściowo samodzielny/a
- jestem niesamodzielny/a, lub w większości zależny/a od innych osób

16. W jakich porach dnia potrzebne jest wsparcie:

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- do południa pomiędzy 8:00-10:00
- do południa pomiędzy 10:00-12:00
- od godziny 12:00-14:00
- po południu pomiędzy 14:00-16:00
- po godzinie 16:00

17. Ile godzin wsparcia dziennie Pan/i potrzebuje:

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- 1-2 godz.
- powyżej 2 godz.
- doraźnie, o różnych porach dnia

18. Czy ma Pan/i oczekiwania wobec asystenta:

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- nie mam
- kobieta
- mężczyzna

19. Czy wskazuje Pan/i asystenta:

*Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

- nie
- tak

20. Jeśli tak proszę o podanie imienia i nazwiska asystenta oraz telefon kontaktowy:

_____

21. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/i asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:

*Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.*

☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymanie higieny osobistej, ubieranie, korzystanie z toalety, mycie ciała, mycie głowy, kąpiel, czesanie, golenie, obcinanie paznokci u rąk i nóg, zmiana pozycji np. przesiadanie się z łózka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, ułożenie w łóżku, usadzenie w wózku, zapobieganie odleżyn lub odparzeń, zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych, słanie łóżka, zmiana pościeli

☐ przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę)

☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie, sprzątanie mieszkania-dot. pomieszczeń , z których osoba z niepełnosprawnością korzysta na co dzień, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci

☐ dokonywanie zakupów przez Internet lub towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie,

☐ w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkująca z inną osobą, która z uwagi na swój stan zdrowia, wiek lub swoją niepełnosprawność nie może wykonywać tych czynności) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku

☐ utrzymanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)

☐ pranie, prasowanie odzieży i pościeli, ewentualne ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)

☐ podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go

☐ transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością),

☐ wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania: pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością, pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym, pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym, pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu

☐ asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami

☐ transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta

☐ wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem: obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji

☐ wyjście na spacer

☐ asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.

- [ ] załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej
- [ ] pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy
- [ ] wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze
- [ ] pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.
- [ ] wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością
- [ ] w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji

22. Czy do tej pory korzystał Pan/i z poniższych form wsparcia?

*Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.*

- [ ] tak - "Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością"
- [ ] tak - "Opieka wytchnieniowa"
- [ ] tak - usługi sąsiedzkie
- [ ] tak - usługi opiekuńcze)
- [ ] nie korzystałem/am

**Informacja:**

Podanie danych osobowych jest konieczne w celu podjęcia działań związanych z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego" – edycja 2026.

---

Ta treść nie została utworzona ani zatwierdzona przez Google.

Formularze Google