**Ankieta**

**- zapotrzebowanie na formę pomocy „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”**

1. **Czy Pan/Pani jest zainteresowany/a skorzystaniem z usług Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej”**
* Tak
* Nie
1. **Czy jest Pan/Pani mieszkańcem Gminy Połaniec**
* TAK
* NIE
1. **Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności**
* TAK w stopniu lekkim
* TAK w stopniu umiarkowanym
* TAK w stopniu znacznym
* NIE
1. **Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych?**
* TAK
* NIE
1. **Czy zmaga się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:**
* **komunikowania się:** ……………………………………………………………………….

(informacje na temat ograniczeń)

* **poruszania się:** …………………………………………………………………………….

(informacje na temat ograniczeń)

* **Inne (jakie?)** ……………………………………………………………………………….

Metryczka:

**Płeć**

* Kobieta
* Mężczyzna

**Wiek**………..................

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**