ZAŁĄCZNIK NR 3

**KWESTIONARIUSZ ANKIETY DLA KANDYDATÓW DO UDZIAŁU**

**W PROJEKCIE**

|  |
| --- |
| Tytuł projektu: ***"Samodzielnie przez życie"***Nr projektu**: RPMA.09.02.01-14-a674/18**Priorytet inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany projekt: **IX wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem**Działanie, w ramach którego jest realizowany projekt: **9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej**Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt: **9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych** |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE PODSTAWOWE:** |
| DANE UCZESTNIKA: |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| DATA I MIEJSCE URODZENIA |  |
| PŁEĆ | [ ]  KOBIETA [ ]  MĘŻCZYZNA |
| PESEL |  | TELEFON STACJONARNY |  |
| E-MAIL |  | TELEFON KOMÓRKOWY |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-1) | MIEJSCOWOŚĆ |  |
| ULICA |  |
| NUMER DOMU |  |
| NUMER LOKALU |  |
| KOD POCZTOWY |  |
| GMINA |  |
| POWIAT |  |
| WOJEWÓDZTWO |  |
| WYKSZTAŁCENIE | [ ]  PODSTAWOWE[ ]  GIMNAZJALNE[ ]  ZASADNICZE ZAWODOWE[ ] ŚREDNIE[ ] WYŻSZE ZAWODOWE[ ] WYŻSZE MAGISTERSKIE |
| **INFORMACJE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA:** |
| 1. PROSZĘ ZAZNACZYĆ MIEJSCE PANA/-I ZAMIESZKANIA:

[ ]  WIEŚ[ ]  MIASTO |
| 1. MIEJSCE PANA/I ZAMIESZKANIA TO:

[ ]  MIESZKANIE W BLOKU[ ]  DOM[ ]  INNE , JAKIE? …………………………………………………………………………….. |
| **INFORMACJE O SYTUACJI ZDROWOTNEJ:** |
| 1. RODZAJ PANA/-I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

[ ]  RUCHOWA[ ]  INTELEKTUALNA[ ]  NIEDOWIDZACY[ ]  NIEWIDOMY[ ]  NIEDOSŁYSZĄCY[ ]  GŁUCHONIEMY[ ]  INNA JAKA? …………………………………………………………………………………………….. |
| 1. CZY PANA/-I NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ JEST POPARTA ORZECZENIEM LEKARSKIM?

[ ]  TAK[ ]  NIE[ ] JEST W TRAKCIE USTALANIA |
| 1. CZY POSIADA PAN/-I GRUPĘ INWALIDZKĄ. :

[ ]  TAK [ ] NIE JEŻELI TAK, TO PROSZĘ PODAĆ KTÓRĄ?[ ]  I GRUPA[ ]  II GRUPA[ ]  III GRUPA |
| 1. CZY POSIADA PAN/-I STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

[ ]  TAK [ ] NIE JEŻELI TAK, TO PROSZĘ PODAĆ KTÓRY?[ ]  ZNACZNY[ ]  UMIARKOWANY[ ]  LEKKI |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ** |
| 1. STOPIEŃ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY:

[ ]  CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI[ ]  CZĘŚCIOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY |
| 1. CZY PRACUJE PAN/-I ZAWODOWO?

[ ]  TAK[ ]  NIE |
| 1. PROSZĘ PODAĆ MIEJSCE ZATRUDNIENIA:

[ ]  ZAKŁAD PRACY CHRONIONEJ[ ]  OTWARTY RYNEK PRACY[ ]  DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA |
| 1. JAKI RODZAJ PRACY NAJCHĘTNIEJ PODJĄŁBY/PODJĘŁABY PAN/PANI?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **INFORMACJE NA TEMAT OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ** |
| 1. KIM JEST TA OSOBA LUB OSOBY LUB TEŻ INSTYTUCJA, Z POMOCY KTÓREJ PAN/I KORZYSTA?

[ ]  MAŁŻONEK/MAŁŻONKA[ ]  TATA/MAMA[ ]  CZŁONEK DALSZEJ RODZINY[ ]  OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ[ ]  INNA OSOBA LUB INSTYTUCJA, KTO?........................................................... |
| 1. JAK CZĘSTO PRZYCHODZI DO PANA/I OPIEKUN?

[ ]  RAZ W TYGODNIU[ ]  2-3 RAZY W TYGODNIU[ ]  CODZIENNIE |
| 1. JAKIE CZYNNOŚCI WYKONUJE OPIEKUN?

ZAKUPY [ ]  TAK [ ]  NIEREALIZOWANIE OPŁAT ZWIĄZANYCH Z FUNKCJONOWANIEM MIESZKANIA [ ]  TAK [ ]  NIELEKKIE PRACE DOMOWE (ZMYWANIE NACZYŃ, ŚCIERANIE KURZU) [ ]  TAK [ ]  NIETOALETA [ ]  TAK [ ]  NIEUBIERANIE I ROZBIERANIE [ ]  TAK [ ]  NIEPRZYGOTOWANIE POSIŁKÓW [ ]  TAK [ ]  NIEPORUSZANIE SIĘ PO POKOJU /MIESZKANIU [ ]  TAK [ ]  NIE |
| 1. CZY PAN/I WYPŁACA WYNAGRODZENIE OPIEKUNOWI W ZAMIAN ZA OPIEKĘ?

[ ]  TAK[ ]  NIE |
| 1. JAK PAN/I OCENIA OGÓLNĄ JAKOŚĆ DOTYCHCZASOWYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ?

[ ]  BARDZO DOBRZE[ ]  RACZEJ DOBRZE[ ]  RACZEJ ŹLE[ ]  BARDZO ŹLE[ ]  TRUDNO POWIEDZIEĆ |

OŚWIADCZENIE

JA NIŻEJ PODPISANY/A……………………………………………………………….. ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ NIEZGODNYCH Z PRAWDĄ OŚWIADCZAM, ŻE ZROZUMIAŁEM (-AM) TREŚĆ ZADAWANYCH MI PYTAŃ W NINIEJSZYM KWESTIONARIUSZU ANKIETY I ODPOWIEDZIAŁEM (-AM) NA NIE ZGODNIE Z PRAWDĄ.

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

(MIEJSCOWOŚĆ, DATA) (CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KANDYDATKI)

1. Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)