

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			
PLEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEТА	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA	
PESEL		TELEFON STACJONARNY	
E-MAIL		TELEFON KOMÓRKOWY	
ADRES ZAMIESZKANIA ¹	MIEJSCOWOŚĆ		
	ULICA		
	NUMER DOMU		
	NUMER LOKALU		
	KOD POCZTOWY		
	GMINA		
	POWIAT		
WOJEWÓDZTWO			
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> PODSTAWOWE		

¹ Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



- GIMNAZJALNE
- ZASADNICZE ZAWODOWE
- ŚREDNIE
- WYŻSZE ZAWODOWE
- WYŻSZE MAGISTERSKIE

INFORMACJE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA:

1. PROSZĘ ZAZNACZYĆ MIEJSCE PANA/-I ZAMIESZKANIA:

- WIEŚ
- MIASTO

2. MIEJSCE PANA/I ZAMIESZKANIA TO:

- MIESZKANIE W BLOKU
- DOM
- INNE , JAKIE?

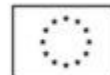
INFORMACJE O SYTUACJI ZDROWOTNEJ:

1. RODZAJ PANA/-I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- RUCHOWA
- INTELEKTUALNA
- NIEDOWIDZACY
- NIEWIDOMY
- NIEDOSŁYSZĄCY
- GŁUCHONIEMY
- INNA JAKA?

2. CZY PANA/-I NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ JEST POPARTA ORZECZENIEM LEKARSKIM?

- TAK
- NIE



JEST W TRAKCIE USTALANIA

3. CZY POSIADA PAN/-I GRUPĘ INWALIDZKĄ. :

TAK NIE

JEŻELI TAK, TO PROSZĘ PODAĆ KTÓRĄ?

I GRUPA

II GRUPA

III GRUPA

4. 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

2. CZY PRACUJE PAN/-I ZAWODOWO?

TAK

NIE

3. PROSZĘ PODAĆ MIEJSCE ZATRUDNIENIA:

ZAKŁAD PRACY CHRONIONEJ

OTWARTY RYNEK PRACY

DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

4. JAKI RODZAJ PRACY NAJCHĘTNIEJ PODJĄŁBY/PODJEŁABY 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/MALŻONKA
- TATA/MAMA
- CZŁONEK DALSZEJ RODZINY
- OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
- INNA OSOBA LUB INSTYTUCJA, KTO?.....

2. JAK CZĘSTO PRZYCHODZI DO PANA/I OPIEKUN?

- RAZ W TYGODNIU
- 2-3 RAZY W TYGODNIU
- CODZIENNIE

3. JAKIE CZYNNOSCI WYKONUJE OPIEKUN?

- ZAKUPY TAK NIE
- REALIZOWANIE OPŁAT ZWIĄZANYCH Z FUNKCJONOWANIEM MIESZKANIA TAK NIE
- LEKKIE PRACE DOMOWE (ZMYWANIE NACZYŃ, ŚCIERANIE KURZU) TAK NIE
- TOALETA TAK NIE
- UBIERANIE I ROZBIERANIE TAK NIE
- PRZYGOTOWANIE POSILKÓW TAK NIE
- PORUSZANIE SIĘ PO POKOJU /MIESZKANIU TAK NIE

4. CZY PAN/I WYPŁACA WYNAGRODZENIE OPIEKUNOWI W ZAMIAN ZA OPIEKĘ?

- TAK
- NIE

5. JAK PAN/I OCENIA OGÓLNA 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)