**ANKIETA potrzeb i oczekiwań**

**Szanowni Państwo:**

W związku z planowanym projektem utworzenia Środowiskowego Domu Samopomocy proszę o wypełnienie ankiety. W ostatnich czasach w coraz większej liczbie krajów zwiększa się liczba placówek świadczących pomoc na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną. Kluczowe i wiodące w tej dziedzinie są warsztaty terapii zajęciowej oraz środowiskowe domy samopomocy. Środowiskowe domy samopomocy są miejscami, w których podopieczni – osoby niepełnosprawne intelektualnie lub wykazujące zaburzenia psychiczne uczą się samodzielnego funkcjonowania.

Prosimy o wypełnienie ankiety, która będzie pomocna.

Ankieta jest anonimowa, a wszystkie informacje będą wykorzystane wyłącznie na potrzeby utworzenia ŚDS.

1. **Wiek** : ……………………………………………………………..
2. **Płeć** : kobieta \*/ mężczyzna\*
3. **Miejsce zamieszkania**: Miasto\* / wieś\*
4. **Niepełnosprawność** :

a/ stopień ……………………………………………..

b/ grupa ………………………………………………..

 **5. Wykształcenie**:…………………………………………

 **6**. **Występujące schorzenia :**

 a/ psychiczne\*

 b/neurologiczne\*

 c/ inne ……………………………………..

1. **zamieszkiwanie :**

a/ samodzielne\*

b/ z rodziną\*

c/ z współmałżonkiem\*

1. **Źródło utrzymania**
2. Zasiłek stały\*
3. Renta / emerytura\*
4. Inne …………………………….

 **9.** **Czy Pana/Pani zdaniem istnieje potrzeba utworzenia Środowiskowego Domu Samopomocy na terenie Gminy Kozienice**

a. TAK\*

b. NIE\*

 **10. Czy w przypadku utworzenia ŚDS byłaby Pani/ Pan zainteresowana /y uczestnictwem ;**

a. TAK\*

b. NIE\*

 **11. Czy Pani/Pana jest w stanie zapewnić we własnym zakresie dojazdu:**

 a. TAK\*

 b. NIE\*

 **12.Czy według Pana/Pani występuje konieczność dowozu**

 a. TAK\*

 b. NIE\*

 **13. Jakiego typu zajęcia interesowały by Panią/Pana w ŚDS**

a. krawieckie\*

b. plastyczne\*

c. kulinarne\*

d. ruchowe\*

e. literackie\*

f. wokalne\*

g. inne – jakie: …………………………………………………………………………………

 **14. Czy Pani/ Pana zdaniem w ŚDS wskazana była by pomoc specjalistów:**

a. poradnictwo psychologiczne\*

b. poradnictwo lekarskie\*

c. terapia ruchowa\*

d. terapia zajęciowa\*

 **15. Czy Pan/ Pani oczekuje organizowanie w ŚDS ciepłego posiłku**

a. TAK\*

b. NIE\*

 **16. Czy wyraziłaby Pani/ Pan zgodę na ponoszenie częściowej opłaty za ŚDS**

 a. TAK\*

 b. NIE\*

**DZIĘKUJEMY ZA UDZIAŁ W ANKIECIE**

\*Właściwe podkreśl