

KWESTIONARIUSZ DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Poniższy kwestionariusz ma pomóc w rozpoznaniu rzeczywistego zakresu potrzeb i problemów osób niepełnosprawnych z Powiatu Pleszewskiego. Przygotowaliśmy go z myślą o Państwie. Poznanie Państwa oczekiwań pozwoli nam na właściwe zaplanowanie działań do realizacji oraz efektywniejsze wykorzystanie pieniędzy przeznaczonych na poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych w naszym powiecie. Zebrane dane pozwolą ocenić Państwa sytuację, określić sposoby pomocy i wsparcia ze strony Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pleszewie.

Wyniki badania kwestionariuszowego będą służyć wyłącznie celom diagnostycznym prowadzonym przez Powiatowe Centrum oraz zaprogramowaniu adekwatnych do Państwa potrzeb działań w kolejnych latach.

Dlatego prosimy o **rzetelne** odpowiedzi na poniższe pytania.

Z poważaniem

Grażyna Kaczmarek
Dyrektor

Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w
Pleszewie

1. Wiek osoby niepełnosprawnej:

- ☐ od 17 do 25 roku życia
- ☐ od 26 do 45 roku życia
- ☐ powyżej 45 roku życia

2. Proszę określić swoje wykształcenie:

- ☐ podstawowe
- ☐ po gimnazjum
- ☐ zasadnicze zawodowe
- ☐ średnie zawodowe
- ☐ średnie ogólnokształcące
- ☐ pomaturalne
- ☐ wyższe

3. Dane dotyczące stanu zdrowia:

1. Rodzaj niepełnosprawności:

- ☐ ruchowa
- ☐ intelektualna
- ☐ niedowidzący
- ☐ niewidomy
- ☐ niedosłyszący
- ☐ głuchoniemy
- ☐ inna – jaka?

4. Czy Pana(i) niepełnosprawność jest poparta orzeczeniem lekarskim?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ jest w trakcie ustalania

5. Grupa inwalidzka:

- ☐ I grupa
- ☐ II grupa
- ☐ III grupa

6. Stopień niepełnosprawności:

- ☐ znaczny
- ☐ umiarkowany
- ☐ lekki

7. Stopień niezdolności do pracy:

- ☐ całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji
- ☐ całkowita niezdolność do pracy
- ☐ częściowa niezdolność do pracy

8. Mieszka Pan/Pani:

- ☐ sam(a)
- ☐ z rodziną

9. Miejsce zamieszkania:

- ☐ wieś
- ☐ miasto

10. Proszę zaznaczyć właściwą gminę Pana/-i miejsca zamieszkania:

- ☐ Chocz
- ☐ Czermin
- ☐ Dobrzyca
- ☐ Gołuchów
- ☐ Gizałki
- ☐ Pleszew

11. Czy pracuje Pan/-i zawodowo?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

12. Proszę podać miejsce zatrudnienia:

- ☐ Zakład pracy chronionej
- ☐ Otwarty rynek pracy
- ☐ Działalność gospodarcza

13. Jaki rodzaj pracy najchętniej podjąłby/podjęłaby Pan/Pani?

.....

.....

.....

.....

.....

14. Czy uczestniczył(a) Pan(i) kiedykolwiek w szkoleniach, kursach zawodowych, językowych lub innych podnoszących kwalifikacje?

- ☐ nie
- ☐ tak: w jakich?.....

15. Jakim kursem/szkoleniem itp., byłaby/byłby Pani/Pan zainteresowany/a?

.....

.....

.....

16. Co sprawia Panu(i) jako osobie niepełnosprawnej największy problem w życiu codziennym (problemy w miejscu zamieszkania/gminie/powiecie)?

.....
.....
.....

17. Czy korzysta Pan/Pani z pomocy finansowej ze strony instytucji państwowych? Jeżeli tak, to jakiej?

- ☐ Renta socjalna
- ☐ Renta inwalidzka
- ☐ Renta rodzinna
- ☐ Świadczenie rodzinne
- ☐ Inne.....

18. Którą z form aktywizacji byłaby Pani/Pan zainteresowany?

- ☐ Szkolenie podnoszące kwalifikacje (kurs językowy, komputerowy, inny)
 - ☐ Turnus rehabilitacyjny
 - ☐ Wyjazd integracyjny
 - ☐ Spotkania w ramach grupy wsparcia
 - ☐ Spotkania z psychologiem
 - ☐ Warsztaty aktywizujące
 - ☐ Jakie inne.....
-
.....

19. Czy ma Pan/Pani jakieś propozycje w zakresie poprawy świadczenia usług przez instytucje pomocy społecznej (gminne ośrodki pomocy społecznej, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie i inne)? Jeśli tak, to jakie?

.....
.....
.....

Data wypełnienia ankiety.....

Serdecznie dziękujemy za rzetelne wypełnienie ankiety!

Prosimy o podanie danych kontaktowych. W przypadku zaplanowania działań do realizacji pragniemy kontaktować się z Państwem, w celu rekrutacji do projektu.

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon kontaktowy: