

Diagnoza potrzeb na wsparcie w Gminie Starachowice w ramach Programu "ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 (Termin diagnozy: 01.09.2025 r.- 05.09.2025 r.)

Wypełnione formularze w formie papierowej można składać w terminie do 5 września w siedzibie Klubu Integracji Społecznej w Galerii Skałka lok. 104 (I piętro)

UWAGA!

Centrum Usług Społecznych w Starachowicach informuje, że wyrażona przez Państwa chęć udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, w ramach prowadzonej diagnozy społecznej, **nie jest równoznaczną z zakwalifikowaniem do uczestnictwa w Programie.** Nabór wniosków dla osób zainteresowanych usługą asystentury osobistej, będzie ogłoszony po otrzymaniu przez Gminę Starachowice dotacji, podpisaniu umowy z Wojewodą i wyborze wykonawcy.

Zgromadzone informacje pozwolą:

- określić liczbę osób zainteresowanych usługą asystenta osobistego,
- zaplanować zakres godzin i rodzaj wsparcia dostosowany do indywidualnych potrzeb,
- przygotować wniosek o środki finansowe w ramach Programu AOON 2026.

PIERWSZA CZĘŚĆ DIAGNOZY

1. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności? *

- ☐ NIE (jeśli ta odpowiedź została zaznaczona, prosimy nie wypełniać poniższych pytań)
- ☐ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ TAK w stopniu znacznym
- ☐ TAK w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ TAK w stopniu umiarkowanym
- ☐ TAK w stopniu lekkim
- ☐ TAK dziecko z niepełnosprawnością

*Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

2. Płeć osoby niepełnosprawnej

- ☐ Kobieta
- ☐ Mężczyzna

3. Wiek osoby niepełnosprawnej

.....

4. Osoba samotnie zamieszkująca i gospodarująca, która nie korzysta ze wsparcia innych osób?

- ☐ TAK

☐ NIE

5. Osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością i nie mające możliwości wzajemnego wsparcia ani nie korzystające ze wsparcia innych osób?

☐ TAK

☐ NIE

6. Osoba przebywająca w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka?

☐ TAK

☐ NIE

7. Osoba przebywająca w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim?

☐ TAK

☐ NIE

DRUGA CZĘŚĆ DIAGNOZY

1. W przypadku dzieci od 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia:

Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji?* - o ile dotyczy

☐ TAK

☐ NIE

☐ NIE DOTYCZY

2. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta? *

☐ TAK

☐ NIE

3. Jaka liczba godzin usług asystenta miesięcznie jest Panu/Pani niezbędna w roku 2026?

.....

4. Czy zмага się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:

☐ komunikowania się

☐ poruszania się

☐ nie zmagam się

5. Czy przewiduje Pan/Pani uczestnictwo w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych, sportowych, co wiąże się z kosztami zakupu biletów wstępu na w/w wydarzenia? *

☐ TAK

☐ NIE

6. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć: (wielokrotny wybór)

- ☐ wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej
- ☐ wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie
- ☐ wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania
- ☐ wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem

7. Czy przewiduje Pan/Pani wyjazdy poza miejsce zamieszkania własnym środkiem transportu (samochód) lub udostępnionym przez członków rodziny/osobę trzecią, za które będzie Pan/Pani ponosić koszty samodzielnie? *

- ☐ TAK
- ☐ NIE

8. Czy przewiduje Pan/Pani zakup jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystentów oraz koszty przejazdów asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/ innym środkiem transportu, np. taksówką w związku z wyjazdami poza miejsce zamieszkania? *

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Dziękujemy za udział w diagnozie.