



Diagnoza potrzeb - Opieka wytchnieniowa – edycja 2026
(Termin diagnozy: 17.10.2025 r. - 30.10.2025 r.)

Szanowni Państwo, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety w zakresie możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026.

Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026, kierowany jest do członków rodzin lub opiekunów, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad dziećmi do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (I grupa ZUS, KRUS).

Uczestnik Programu, któremu przyznano pomoc w postaci usług opieki wytchnieniowej nie ponosi odpłatności za w/w usługi.

Dane z niniejszej diagnozy posłużą Centrum Usług Społecznych w Starachowicach do diagnozy sytuacji osób zainteresowanych niniejszym wsparciem na terenie miasta i oszacowania zainteresowania mieszkańców Miasta Programem.

Diagnoza potrzeb jest anonimowa i nie stanowi karty zgłoszenia do programu.

Wypełnione formularze można składać w terminie do 30 października w siedzibie Klubu Integracji Społecznej w Galerii Skalka lok. 104 (I piętro)

1. Jestem zainteresowany/a wsparciem w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 dla:

- ☐ dziecka do 16 roku życia z niepełnosprawnością
- ☐ osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności
- ☐ osoby niepełnosprawnej z orzeczoną I grupą inwalidów
- ☐ osoby o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- ☐ osoby z orzeczoną całkowitą niezdolnością do pracy i niezdolnością do samodzielnej egzystencji
- ☐ osoby z orzeczoną niezdolnością do samodzielnej egzystencji

2. Proszę podać wiek dziecka/osoby z niepełnosprawnością

- ☐ osoba poniżej 16 roku życia
- ☐ osoba powyżej 16 roku życia do ukończenia 40 roku życia
- ☐ osoba powyżej 40 roku życia

3. Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, którą opiekuje się Pan/Pani w chwili obecnej:

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa),
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku,
- ☐ zaburzenia psychiczne,
- ☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
- ☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
- Inne.....



4. Czy jest Pan/Pani mieszkańcem miasta Starachowice?

☐ TAK

☐ NIE

5. Czy zamieszkuje Pan/i we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną i sprawuje całodobową opiekę nad osobą niepełnosprawną?

☐ TAK

☐ NIE

6. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/i opiekę, aktualnie jest objęta wsparciem w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych?

☐ TAK

☐ NIE

7. Czy w przypadku trudności z zapewnieniem przez tut. CUS osoby zapewniającej realizację usług opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej wskaże nam Pan/i osobę z odpowiednimi kwalifikacjami i doświadczeniem do świadczenia w/w usługi?

☐ TAK

☐ NIE

Ankieta jest anonimowa i nie stanowi karty zgłoszenia do programu.

Dziękujemy za wypełnienie ankiety