**Ankieta na wejściu**

*Dzień dobry, to jest ankieta dla osób, które korzystają z projektu „****Warszawski zintegrowany model wsparcia środowiskowego osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną – testowanie i wdrażanie modelu****”*

*Prosimy ją wypełnić i oddać pracownikowi. Jeśli będzie Pan/Pani miał/miała wątpliwości prosimy zapytać pracownika. Dziękujemy bardzo!*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Stopień niepełnosprawności podopiecznego/ej** | | | | | | 1. **Pana/i wiek.** *Proszę zaznaczyć niżej* | | | | | | | | | |
| lekki | | | | | | poniżej 30 | | | | | | | 51-60 | | |
| umiarkowany | | | | | | 31-40 | | | | | | | 61-70 | | |
| znaczny | | | | | | 41-50 | | | | | | | powyżej 70 | | |
| głęboki | | | | | | 1. **Stopień pokrewieństwa z podopiecznym/ą.** *Proszę zaznaczyć niżej jedną odpowiedź* | | | | | | | | | |
| *nie wiem* | | | | | | matka | | | | wujek/ciotka | | | | | |
| 1. **Czy osoba podopieczna jest ubezwłasnowolniona?** | | | | | | ojciec | | | | kuzyn/kuzynka | | | | | |
| Tak | | | | | | rodzeństwo | | | | opiekun prawny | | | | | |
| Nie | | | | | | rodzeństwo przyrodnie | | | | inny opiekun, jaki ……………………………………………………………… | | | | | |
| Nie wiem | | | | | |
| 1. **W jakim wieku jest osoba podopieczna?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| poniżej 20 lat | | | | | | 31-40 | | | | | | | 51-60 | | |
| 21 -30 | | | | | | 41-50 | | | | | | | powyżej 60 | | |
| nie wiem | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Prosimy wskazać Pana/i płeć** | | | | | 1. **Prosimy wskazać Pana/i płeć podopiecznego/ej** | | | | | | | | | | |
| kobieta | | | | | kobieta | | | | | | | | | | |
| mężczyzna | | | | | mężczyzna | | | | | | | | | | |
| 1. **W poniższych punktach wypisano różne zdania. Przy każdym z nich prosimy zaznaczyć jedną odpowiedź – tę, z którą się Pan/i zgadza.** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | Tak | | | Nie | | | Trudno powiedzieć |
| Wiem, gdzie szukać pomocy w codziennych trudnościach w opiece nad podopiecznym/ą | | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| Jestem sam/a z problemami związanymi z opieką, nie mogę liczyć na pomoc innych. | | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| Samodzielność mojego/mojej podopiecznej jest dla mnie ważna. | | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| Martwię się zabezpieczeniem finansowym podopiecznego/ej w przyszłości. | | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| Dopuszczam, że podopieczny/a ma kontakt się z innymi (również obcymi) ludźmi. | | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| Mój/moja podopieczny/a może sam/a podejmować decyzje dotyczące życia codziennego. | | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| Instytucje pomocy są stosunkowo blisko domu. | | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| Jestem gotowy/a przekazać opiekę innej osobie/instytucji, gdy potrzebuję odpoczynku w opiece nad podopiecznym/ną. | | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| Mam bliskie relacje z innymi rodzinami osób z niepełnosprawnością intelektualną. | | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| W nagłej, awaryjnej sytuacji wiem, komu powierzyć opiekę nad podopiecznym/ą. | | | | | | | | |  | | |  | | |  |
| 1. **Poniżej wymieniono różne instytucje/środowiska/osoby. Które z nich najbardziej pomagają Pana/i podopiecznemu/ej?** *Można zaznaczyć kilka* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dom Pomocy Społecznej | | | | Warsztaty Terapii Zajęciowej | | | | | | | | | | | |
| Ośrodek Dziennego Pobytu | | | | Zakłady Aktywności Zawodowej | | | | | | | | | | | |
| Urząd Miasta | | | | Spółdzielnia Socjalna | | | | | | | | | | | |
| Urząd Gminy | | | | Stowarzyszenie, Fundacja (organizacje pozarządowe) | | | | | | | | | | | |
| sąsiedzi | | | | rodzina | | | | | | | | | | | |
| parafia | | | | przychodnia | | | | | | | | | | | |
| rodzice innych osób niepełnosprawnych | | | | PFRON | | | | | | | | | | | |
| znajomi, przyjaciele | inne, jakie ..…………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jakiej pomocy Pan/i potrzebuje?** *Można zaznaczyć kilka* | | | | | | | | | | | | | | | |
| asystenta dla podopiecznego/nej | psychologicznej dla siebie | | | | | | | | | | | | | | |
| wsparcia mieszkaniowego | psychologicznej dla podopiecznego/nej | | | | | | | | | | | | | | |
| wytchnieniowej/ regeneracyjnej | Doradztwa (jakiego) ….  ………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | |
| wsparcia innych osób w codziennych trudnościach (nie asystenta) | innej, jakiej?  ..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wypełnia pracownik** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa projektu** | | …….. | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa podmiotu świadczącego wsparcie** | | …….. | | | | | | | | | | | | | |
| **Zaznacz wielkość miejscowości, w której udzielane jest wsparcie** | | Wieś | Miasto poniżej 20 tys. mieszkańców | | | | | Miasto od 20 tys. do 99 tys. mieszkańców | | Miasto od 100 tys. do 499 tys. mieszkańców | | | | Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców | |
| **Miejsce realizacji wsparcia:** | | …….. | | | | | | | | | | | | | |
| **Data wypełnienia** | | Dzień…. | | | | | Miesiąc ….. | | | | Rok….. | | | | |
| **Kod badanego:** | | …………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | |

***Opis wpisania kodu****: Kod powinien być prosty do zapamiętania: inicjały plus data urodzenia respondenta pisane łącznie. Przykładowy kod dla Anny Nowak urodzonej 12 maja 1975 wyglądałby: AN12051975. Żeby można było wykorzystać dane, ankietę pre i post musi wypełniać ten sam opiekun podopiecznego (nie może wypełnić np. najpierw mama a na końcu wsparcia tata).*

*Ten sam kod respondent (lub pomaga jej pracownik) wpisuje w ankiecie na zakończenie projektu (w ankiecie na wyjściu). Jeśli projekt nie kończy się, ale istnieje prawdopodobieństwo, że osoba więcej nie skorzysta z oferty projektowej również wpisuje kod w ankiecie na wyjściu.*

*Wypełnione ankiety należy przechowywać. Zostaną przekazane zewnętrznym badaczom.*