**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.*