

DIAGNOZA ZAPOTRZEBOWANIA NA USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ

Ankieta ma charakter wyłącznie orientacyjny i służy jedynie rozeznaniu sytuacji osób z niepełnosprawnościami w Gminie Racibórz. Udział w ankiecie nie jest równoznaczny z przystąpieniem do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz nie zobowiązuje do dalszego uczestnictwa w Programie.

1. Jestem osobą:

- a) Poniżej 16 r.ż
- b) Powyżej 16 r. ż

2. Posiadam grupę/ stopień niepełnosprawności :

- a) Lekki
- b) umiarkowany
- c) znaczny
- d) traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. b i c, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 i 858).

3. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona?

Tak / Nie

4. Ile godzin usług asystencji miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....

5. Uwagi:

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