

**Ankieta dla uczestnika/opiekuna „ Asystent osobisty osoby z
niepełnosprawnością ” – edycja 2026**

• Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

• Data urodzenia osoby z niepełnosprawnością.....

• Czy osoba z niepełnosprawnością zamieszkuje sama TAK/ NIE

Z kim zamieszkuje osoba z niepełnosprawnością:

• Stopień niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością

• Czy osoba z niepełnosprawnością korzysta ze wsparcia jakiegokolwiek placówki

opiekuńczej/ wspierającej / usługi w OPS TAK / NIE

• Jeśli TAK to w jakiej placówki

• Ile dni w tygodniu

• W jakich godzinach

• Potrzeby osoby z niepełnosprawnością:.....

.....

Czy osoba z niepełnosprawnością porusza się: samodzielnie / przy pomocy osób drugih /

na wózku inwalidzkim/ przy balkoniku / osoba leżąca/.....

• Istotne informacje.....

Poniższa część dotyczy osób niepełnoletnich (dzieci)

W przypadku dzieci (osób nieletnich) czy jest orzeczenie lekarskie potwierdzające

• Konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby pkt. 7 w orzeczeniu
lekarskim TAK / NIE

• Konieczności stałego współdziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia pkt
8 w orzeczeniu lekarskim TAK / NIE

• Czy opiekun osoby z niepełnosprawnością pracuje zawodowo TAK / NIE

• Jeśli TAK to ile dni w tygodniu

• Jeśli tak to w jakich godzinach

• Czy drugi rodzic dziecka pracuje zawodowo