

POTRZEBY MIESZKANIOWE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W WARSZAWIE
(ankieta dla rodziców lub innych osób wspierających)

Instrukcja

Szanowni Państwo,

Niniejsza ankieta ma na celu wskazanie problemów, z jakimi borykają się osoby z niepełnosprawnością w zakresie mieszkalnictwa oraz form wsparcia w tym zakresie na terenie Warszawy.

Informacje pozostaną zanonimizowane i posłużą do sporządzenia raportu, który organizacja przedstawi władzom samorządowym m.st. Warszawy

W pytaniach zamkniętych prosimy o zaznaczenie wyłącznie jednej odpowiedzi. W pytaniach, gdzie można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź, opcja ta jest wyraźnie zaznaczona.

Przy pytaniach oznaczonych gwiazdką (*) odpowiedzi są wymagane.

Wypełnienie ankiety jest całkowicie dobrowolne.

Ankieta dotyczy potrzeb osób, które skończyły 18 lat. Jeżeli osoba nie skończyła 18 lat, proszę nie wypełniać ankiety,

Czy osoba z niepełnosprawnością ma powyżej 18 lat? *

Tak

Nie

Osoba wypełniająca formularz jest: *

osobą z niepełnosprawnością

osobą wspierającą (np. rodzicem, rodzeństwem, partnerem/ką, inny opiekun)

Dla ułatwienia w udzielaniu odpowiedzi, w pytaniach w kolejnych sekcjach osoba z niepełnosprawnością nazywana jest Uczestnikiem.

PODSTAWOWE DANE UCZESTNIKA			
1.	Kim jest osoba wspierająca dla Uczestnika? *		
2.	Rok urodzenia Uczestnika *		
3.	Płeć *	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> inna
4.	Powiat, który zamieszkuje uczestnik *		
5.	Dzielnica zamieszkania*		
	<input type="checkbox"/> Bemowo	<input type="checkbox"/> Białołęka	<input type="checkbox"/> Bielany <input type="checkbox"/> Mokotów
	<input type="checkbox"/> Ochota	<input type="checkbox"/> Praga Południe	<input type="checkbox"/> Praga Północ <input type="checkbox"/> Rembertów
	<input type="checkbox"/> Śródmieście	<input type="checkbox"/> Targówek	<input type="checkbox"/> Ursus <input type="checkbox"/> Ursynów
	<input type="checkbox"/> Wawer	<input type="checkbox"/> Wesoła	<input type="checkbox"/> Wilanów <input type="checkbox"/> Włochy
	<input type="checkbox"/> Wola	<input type="checkbox"/> Żoliborz	
6.	Czy Uczestnik komunikuje się za pomocą mowy? *	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
7.	Jeśli nie, czy Uczestnik kontaktuje się w sposób intencjonalny (za pomocą np. pisma, piktogramów, gestów, dźwięków, wzroku wyraża swoje potrzeby, emocje)? *	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
8.	Czy Uczestnik jest ubezwłasnowolniony? *		
	<input type="checkbox"/> tak, całkowicie	<input type="checkbox"/> tak, częściowo	
	<input type="checkbox"/> nie, ale planowane jest ubezwłasnowolnienie	<input type="checkbox"/> nie	
9.	Uczestnik w dniu wypełniania ankiety ma: *		
	<input type="checkbox"/> oboje rodziców	<input type="checkbox"/> jednego rodzica	
	<input type="checkbox"/> nie ma rodziców	<input type="checkbox"/> inna sytuacja	

10	Jeśli inna sytuacja, to jaka? *			
11.	Rok urodzenia rodziców (jeżeli żyją) *			
STAN ZDROWIA I WSPARCIE EKONOMICZNE				
12.	Czy Uczestnik posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? *	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
13.	Jeśli nie, jaki jest powód braku orzeczenia? *			
14.	Jeśli tak, jaki stopień niepełnosprawności jest zawarty w orzeczeniu? *	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> znaczny
15.	Jaka jest przyczyna niepełnosprawności ujęta w orzeczeniu? (jeśli dotyczy) *			
	Proszę zaznaczyć wszystkie symbole widniejące na orzeczeniu			
	<input type="checkbox"/> 01-U	<input type="checkbox"/> 02-P	<input type="checkbox"/> 03-L	<input type="checkbox"/> 04-O
	<input type="checkbox"/> 05-R	<input type="checkbox"/> 06-E	<input type="checkbox"/> 07-S	<input type="checkbox"/> 08-T
	<input type="checkbox"/> 09-M	<input type="checkbox"/> 10-N	<input type="checkbox"/> 11-I	<input type="checkbox"/> 12-C
16.	Czy Uczestnik posiada orzeczenie na stałe? *	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
17.	Jeśli nie, jaka jest data ważności orzeczenia? *			
18.	Jaka jest diagnoza Uczestnika z niepełnosprawnością?			

19.	Czy stwierdzono dodatkowo niepełnosprawności, schorzenia nieujęte w kodach przyczyn niepełnosprawności? *	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
20.	Jeśli tak, to jakie? *		
21.	Czy Uczestnik otrzymuje rentę socjalną? *	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
22.	Czy Uczestnik otrzymuje świadczenie uzupełniające (500+)? *	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
SYTUACJA SPOŁECZNA			
23.	Czy Uczestnik korzysta ze wsparcia instytucji/placówki dziennego pobytu?*		
	Placówką dziennego pobytu jest każda organizacja, z której korzysta Pan/Pani regularnie, w postaci np. uczęszczania na terapię		
	<input type="checkbox"/> Nie, pozostaje w domu		
	<input type="checkbox"/> Tak, korzysta z Warsztatu Terapii Zajęciowej		
	<input type="checkbox"/> Tak, uczęszcza do Środowiskowego Domu Samopomocy		
	<input type="checkbox"/> Tak, korzysta z innej placówki dziennej.		
24.	Jeśli z innej placówki, to jakiej? *		
25.	Czy Uczestnik kiedykolwiek pracował zawodowo? *		
	<input type="checkbox"/> Nie		
	<input type="checkbox"/> Tak, na otwartym rynku pracy		
	<input type="checkbox"/> Tak, na chronionym rynku pracy (Zakład Aktywności Zawodowej, Zakład Pracy Chronionej)		
MIESZKALNICTWO			
<p>Mieszkalnictwo wspomagane w rozumieniu niniejszej ankiety to forma wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami będąca alternatywą do domów pomocy społecznej. Oznacza zamieszkanie Użytkownika w mieszkaniu lub domu, samodzielnie lub w grupie, na stałe lub okresowo. Usługi w ramach mieszkalnictwa wspomaganego świadczone są w zakresie niezbędnym do realizowania czynności dnia codziennego w sposób bezpieczny i adekwatny do indywidualnych potrzeb i możliwości, ale przy jednoczesnym zachowaniu i podkreślaniu autonomii mieszkańca. Ponadto oferuje się też wsparcie emocjonalne, informacyjne (dzielenie się doświadczeniem, wiedzą</p>			

instytucjonalną). Mieszkań takich obecnie prawie nie ma. Teoretycznie mogą być prowadzone przez samorządy lub na zlecenie samorządów, przez organizacje pozarządowe lub przez organizacje samorządowe z innych funduszy. Osoba z niepełnosprawnością może mieszkać w nich na stałe lub przez kilka tygodni lub miesięcy, w zależności od rodzaju mieszkania.

W mieszkaniu osoba z niepełnosprawnościami ma być objęta wsparciem świadczonym przez asystenta. Może ono mieć wymiar całodobowy lub czasowy (od kilku godzin miesięcznie do kilkunastu godzin dziennie), mieć charakter indywidualny lub rozłożony na parę mieszkańców.

Mieszkalnictwo wspomagane dla osób wymagających szczególnie intensywnego wsparcia ze względu na ograniczoną samodzielność poznawczą i decyzyjną musi uwzględniać konieczność pomocy również w tym zakresie.

26.	Czy Uczestnik korzysta(ł) z mieszkania wspomaganego? *	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
27.	Jeśli tak, z jakiej formuły mieszkalnictwa wspomaganego korzystał Uczestnik? *		
	<input type="checkbox"/> Mieszkanie chronione treningowe	<input type="checkbox"/> Mieszkanie chronione wspierane	
	<input type="checkbox"/> Wspomagane społeczności mieszkaniowe	<input type="checkbox"/> Inne mieszkanie wspomagane	
28.	W jakiej perspektywie czasowej przewiduje Pan/Pani wystąpienie potrzeby zamieszkania Uczestnika na stałe w mieszkaniu wspomaganym? *	<input type="checkbox"/> w tym roku (2023).	
		<input type="checkbox"/> dwóch lat (do 2025).	
		<input type="checkbox"/> pięciu lat (do 2028).	
		<input type="checkbox"/> dziesięciu lat (do 2033).	
		<input type="checkbox"/> piętnastu lat (do 2038).	
		<input type="checkbox"/> dwudziestu lat (do 2043).	
		<input type="checkbox"/> ponad dwudziestu lat.	
	<input type="checkbox"/> Nie przewiduję takiej potrzeby		
29.	Jakiego rodzaju wsparcia oczekivaliby Państwo w mieszkaniu wspomaganym? *		
	<input type="checkbox"/> wsparcie całodobowe, w ciągu aktywności dziennej indywidualne		
	<input type="checkbox"/> wsparcie całodobowe, w ciągu aktywności dziennej dwie osoby wspierające na trzech mieszkańcach		
	<input type="checkbox"/> wsparcie całodobowe, w ciągu aktywności dziennej jedna osoba wspierająca na od trzech do pięciu mieszkańcach		

<input type="checkbox"/> wsparcie tylko w ciągu aktywności dziennej w wymiarze kilku godzin dziennie	
30.	Proszę ponumerować (wpisać w kwadrat obok tekstu odpowiednią cyfrę) od najważniejszej do najmniej ważnej kwestii dotyczącej mieszkania wspomaganego: *
	bliskość terenów rekreacyjnych
	pełna dostępność architektoniczna (szerokie drzwi, łazienki dostosowane dla osób poruszających się na wózkach)
	świadczenie usług z wykorzystaniem środków ułatwionej komunikacji (pismo, piktogramy)
	zainstalowanie urządzeń i rozwiązań niezbędnych w związku ze specyficznymi problemami uczestnika (wyjaśnienie poniżej)
	świadczenie usług z wykorzystaniem języka migowego, systemu językowo-migowego lub sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych
	bliskość połączeń komunikacji publicznej
	usytuowanie mieszkania/domu w spokojnym miejscu (z dala od ruchliwych ulic, placów zabaw dla dzieci)
	instalacja urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących
	bliskość placówek dziennego wsparcia
zainstalowanie urządzeń i rozwiązań niezbędnych w związku ze specyficznymi problemami uczestnika to np. ograniczenia dostępu do kucharek, gniazdek elektrycznych, czajników i innego elektrycznego sprzętu domowego, ograniczenia dostępu do substancji chemicznych domowego użytku, ograniczenia pełnego dostępu do produktów spożywczych w przypadku skłonności mieszkańca do jedzenia ich w sposób lub w ilości zagrażającej zdrowiu, ograniczenia jednorazowego zużycia wody w przypadku skłonności do stałego odkręcania kranów, użycie szczególnie trwałych materiałów i wyposażenia w przypadku skłonności do niszczenia przedmiotów, użycie wyposażenia bez rogów i kantów w przypadku skłonności do autoagresji i inne	
INFORMACJE KOŃCOWE	
31.	Uwagi dodatkowe – prosimy wypełnić, jeśli mają Państwo do dodania, co uznają Państwo za istotne w kwestii mieszkalnictwa i wsparcia osób z niepełnosprawnościami, a nie zostało ujęte w kwestionariuszu:

32.	Organizacja, poprzez którą uzupełnił/a Pan/Pani niniejszą ankietę *	
33.	Data wypełnienia kwestionariusza (dzień/miesiąc/rok) *	