



Diagnoza potrzeb mieszkańców Miasta Leszno – do programu „Opieka Wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” – edycja 2026

W związku z planowanym przystąpieniem Miasta Leszno do Programu „Opieka Wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lesznie prosi o wypełnienie anonimowej ankiety kandydatów na uczestników, w celu poznania potrzeb mieszkańców i przeprowadzenia diagnozy.

Niniejsza ankieta nie stanowi zgłoszenia do Programu.

Termin składania ankiet: **od dnia 23.10.2025 do dnia 30.10.2025**; w godz. od 8.00 do 14.00 w dni robocze oraz w poniedziałki od 8.00 do 17.00.

Miejsce składania ankiet: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lesznie
ul. Korczaka 5 Kancelaria (parter)

ANKIETA

1. Jestem zainteresowany/a wsparciem dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2026 dla:

- ☐ dziecko do 16 roku życia z niepełnosprawnością
- ☐ osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności
- ☐ osoby niepełnosprawnej z orzeczoną I grupą inwalidów
- ☐ osoby o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, której przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- ☐ osoby z orzeczoną całkowitą niezdolnością do pracy i niezdolnością do samodzielnej egzystencji
- ☐ osoby z orzeczoną niezdolnością do samodzielnej egzystencji

2. Proszę zaznaczyć wiek osoby/dziecka z niepełnosprawnością

- ☐ osoba poniżej 16 roku życia
- ☐ osoba powyżej 16 roku życia do ukończenia 50 roku życia
- ☐ osoba powyżej 50 roku życia



3. Proszę podać rodzaj niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, którą opiekuje się Pan/Pani aktualnie:

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu,
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku,
- ☐ zaburzenia psychiczne,
- ☐ dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
- ☐ dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
- ☐ Inne,

4. Czy zamieszkuje Pan/Pani we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością i sprawuje całodobową opiekę nad nią?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

5. Czy jest Pan/Pani mieszkańcem miasta Leszno?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

6. Czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje Pan/Pani opiekę, obecnie jest objęta inną formą pomocy (tj. usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze)

- ☐ TAK
- ☐ NIE

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY