**Ankieta**

**- zapotrzebowanie na formę pomocy „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”**

1. **Czy Pan/Pani jest zainteresowany/a skorzystaniem z usług Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej”**

* Tak
* Nie

1. **Czy jest Pan/Pani mieszkańcem powiatu kościerskiego**

* TAK
* NIE

1. **Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności**

* TAK w stopniu lekkim
* TAK w stopniu umiarkowanym
* TAK w stopniu znacznym
* NIE

1. **Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych**

* TAK
* NIE

1. **Czy zmaga się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:**

* **komunikowania się:** …………………………………………………………………

(informacje na temat ograniczeń)

* **poruszania się:** …………………………………………………………………

(informacje na temat ograniczeń)

* **Inne (jakie?)** ………………………………………………………………………………

Metryczka:

**Płeć**

* Kobieta
* Mężczyzna

**Wiek**………..................

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**