**ANKIETA do programu PFRON
„Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością”**

Prosimy o wypełnienie ankiety, co przyspieszy i usprawni uzyskanie potrzebnych Ci informacji. Wypełnienie ankiety nie potrwa długo, a pomoże najlepiej dla Ciebie sformułować poradę. Jeżeli nie jesteś w stanie udzielić odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie to skontaktuj się z Oddziałem PFRON telefonicznie lub mailowo.

* Opiekun osoby z niepełnosprawnością (zorientowany co do tematu/przedmiotu porady)
* Opiekun osoby z niepełnosprawnością (niezorientowany co do tematu/przedmiotu porady)

**Jestem:**

* Rodzicem
* Opiekunem prawnym innym niż rodzic

**I. Dane kontaktowe**

1. Imię…………………………………………………………………………………….
2. Nazwisko………………………………………………………………………………
3. Pesel …………………………………………………………………………………..
4. Nr telefon kontaktowego………………………………………………………………

 *(Musi mieć 9 cyfr)*

1. Adres e-mail……………………………………………………………………………

 *(Musi być formatu na przykład:* *jan@kowalski.pl**)*

1. Województwo (Oddział PFRON, do którego kierowana jest ankieta)

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. Dane osoby niepełnosprawnej**

1. Imię.……………………………………………………………………………………
2. Nazwisko.……………………………………………………………………………...
3. Pesel ………………………………………………………………………………….
4. Czy pełnoletni:
* Tak
* Nie
1. Miejsce zamieszkania: ………………………………………………………………...
2. Rodzaj miejscowości:
* Miasto
* Wieś
1. Wykształcenie:
* Nie dotyczy
* Przedszkole
* Szkoła podstawowa
* Zasadnicza Szkoła Zawodowa
* Technikum
* Liceum
* Szkoła Policealna
* Kolegium
* Studia I stopnia
* Studia II stopnia
* Studia magisterski (jednolite)
* Studia podyplomowe
* Studia doktoranckie
* Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
* Szkoła doktorska
* Uczelnia zagraniczna
* Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
* Inne, jakie
1. Inny rodzaj wykształcenia: ……………………………………………………………………................................
2. Sytuacja zawodowa:
* Nie dotyczy
* Nieaktywna/y zawodowo
* Bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
* Poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy

 i niezatrudniona/y)

* Praktykant
* Zatrudniona/y
* Stażysta
* Wolontariusz
1. Czy istnieje potrzeba kompleksowej i specjalistycznej usługi doradczej w związku z uzyskaniem po raz pierwszy orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niepełnosprawności (nie wcześniej niż na dwa lata przed dniem zgłoszenia się w celu uzyskania usługi doradczej)?:
* Tak
* Nie
* Nie dotyczy

**III. Stan prawny niepełnosprawności**

* Osoba ubiegająca się o orzeczenie
1. Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:
* Tak
* Nie
1. Stopień niepełnosprawności:
* Znaczny
* Umiarkowany
* Lekki
* Nie dotyczy
1. Grupa inwalidzka:
* I grupa
* II grupa
* III grupa
* Nie dotyczy
1. Niezdolność do pracy:
* Całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji
* Całkowita niezdolność do pracy
* Częściowa niezdolność do pracy
* Nie dotyczy
1. Rodzaj niepełnosprawności:
* 01-U upośledzenie umysłowe
* 02-P choroby psychiczne
* 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
* osoba głucha
* osoba głuchoniema
* 04-O narząd wzroku
* osoba niewidoma
* osoba głuchoniewidoma
* 05-R narząd ruchu
* wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy

 pomocy wózka inwalidzkiego

* dysfunkcja obu kończyn górnych
* 06-E epilepsja
* 07-S choroby układu oddechowego i krążenia
* 08-T choroby układu pokarmowego
* 09-M choroby układu moczowo - płciowego
* 10-N choroby neurologiczne
* 11-I inne
* 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe
1. Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:
* Tak
* Nie
1. Liczba przyczyn niepełnosprawności:
* 2 przyczyny
* 3 przyczyny niepełnosprawności
1. Kiedy po raz pierwszy orzeczona niepełnosprawność: …………………………………………………………………………………………
2. Aktualny dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest:
* Bezterminowo
* Okresowo
1. Data końca ważności dokumentu określającego stan prawny: …………………………………………………………………………………………

**IV. Aktywności**

1. Czy będziesz ubiegać się o dofinansowanie zakupu sprzętu/urządzenia/usługi w ramach zadań finansowanych ze środków PFRON?:
* Tak
* Nie
1. Wskaż aktywność, w ramach której OzN, której dotyczy ankieta zamierza wykorzystywać sprzęt/urządzenia/usługi dofinansowane w ramach zadań finansowanych ze środków PFRON:
* Podjęcie zatrudnienia
* Ułatwienie wykonywanej pracy
* Podjęcie nauki
* Ułatwienie realizowanej nauki
* Podjęcie wolontariatu
* Ułatwienie realizowanego wolontariatu
* Uzyskanie samodzielności
* Poprawa samodzielności
* Umożliwienie uczestnictwa w sporcie, rekreacji lub turystyce
* Poprawa warunków uprawiania sportu, rekreacji lub turystyki
* Uzyskanie informacji na temat dofinansowania działalności gospodarczej – dotacji na rozpoczęcie działalności gospodarczej przez osobę z niepełnosprawnością
* Uzyskanie informacji na temat dofinansowania działalności gospodarczej - refundacja składek ZUS, KRUS
* Uzyskanie informacji na temat zatrudnienia pracownika z niepełnosprawnością
* Uzyskanie informacji o projektach, w których beneficjentem mogłaby być OzN
* Uzyskanie informacji o organizacjach pozarządowych, które świadczą wsparcie dla OzN w Twojej lokalizacji
* Inna aktywność, jaka:
1. Opis innej aktywności:

 …………………………………………………………………………………………

**V. Dodatkowe pytania**

1. Czy potrzebujesz wskazania dostępnych źródeł finansowania zakupu sprzętu pomagającego zmniejszać ograniczenia związane z Twoją niepełnosprawnością (lub Twojego podopiecznego)?
* Tak
* Nie
1. Czy odczuwasz (lub Twój podopieczny odczuwa) potrzebę zwiększenia aktywności życiowej, samodzielności i zaradności osobistej przy użyciu technologii asystujących?
* Tak
* Nie
1. Czy miałaś/eś (lub Twój podopieczny miał) kiedyś sporządzany plan aktywizacji osoby niepełnosprawnej?
* Tak
* Nie
1. Czy obecnie poszukujesz (lub Twój podopieczny poszukuje) pracy?
* Tak
* Nie
* Nie dotyczy
1. Czy obecnie poszukujesz (lub Twój podopieczny poszukuje) wolontariatu?
* Tak
* Nie
* Nie dotyczy
1. Czy obecnie poszukujesz (lub Twój podopieczny poszukuje) stażu?
* Tak
* Nie
* Nie dotyczy
1. Czy w związku z niepełnosprawnością odczuwasz (lub Twój podopieczny odczuwa)

 ograniczenia w życiu społecznym?

* Tak
* Nie
1. Czy w związku z niepełnosprawnością odczuwasz (lub Twój podopieczny odczuwa)

 ograniczenia w życiu zawodowym?

* Tak
* Nie
* Nie dotyczy
1. Czy w związku z niepełnosprawnością odczuwasz (lub Twój podopieczny odczuwa) ograniczenia w edukacji?
* Tak
* Nie
1. Czy potrzebujesz (lub Twój podopieczny potrzebuje) wsparcia przy wykonywaniu podstawowych czynności życia osobistego?
* Tak, istnieje potrzeba stałej pomocy innych osób przy wykonywaniu tych czynności
* Tak, istnieje potrzeba częściowej pomocy innych osób przy wykonywaniu tych czynności
* Nie, te czynności wykonywane są samodzielnie
1. Czy potrzebujesz (lub Twój podopieczny potrzebuje) pomocy eksperta w zaplanowaniu rehabilitacji społecznej?
* Tak
* Nie
1. Czy potrzebujesz (lub Twój podopieczny potrzebuje) pomocy eksperta w zaplanowaniu rehabilitacji zawodowej?:
* Tak
* Nie
1. Czy posiadasz (lub Twój podopieczny posiada) wiedzę na temat rodzajów technologicznie zaawansowanych rozwiązań, służących zmniejszaniu barier i ograniczeń?
* Tak
* Nie
1. Czy wiesz (lub Twój podopieczny wie) jakie są zasady bezpiecznego użytkowania

 sprzętu, urządzenia albo poruszania się przy jego pomocy?

* Tak
* Nie
1. Czy chciał(a)byś podnieść swoją wiedzę, kompetencje sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością?
* Tak
* Nie

*Istnieje możliwość skorzystania z oferty Ośrodka Wsparcia i Testów – jeżeli jesteś zainteresowana/-y udziel odpowiedzi na kolejne pytanie.*

*Uwaga! Rodzaje niepełnosprawności aktualnie obsługiwane przez Ośrodek Wsparcia i Testów: dysfunkcja narządu wzroku w różnym nasileniu, dysfunkcja słuchu i problemy w komunikowaniu się za pomocą mowy oraz dysfunkcja obu kończyn górnych.*

1. Czy jesteś zainteresowany/-a następującymi formami wsparcia dla Ciebie (lub dla

 Twojego podopiecznego)?

* pomocą w doborze sprzętów, urządzeń, oprogramowania (technologii asystujących), umożliwiających likwidację lub ograniczenie barier (zgodnych z aktualnym potrzebami OzN)
* warsztatami z obsługi sprzętu, urządzeń, oprogramowania zaproponowanego do zaopatrzenia
* wypożyczeniem sprzętów, urządzeń, oprogramowania w celu ich testowania w warunkach domowych
1. Czy potrzebujesz (lub Twój podopieczny potrzebuje) innej pomocy ze strony PFRON?
* Tak
* Nie
1. Opis innej pomocy: ………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………

**VI. Kontakt**

1. Preferowany sposób kontaktu:
* Rozmowa telefoniczna
* Kontakt bezpośredni - umówiona wizyta w siedzibie CIDON w Oddziale PFRON
* Korespondencja na wskazany adres e-mail
* Korespondencja na wskazany adres
1. Preferowany termin wizyty od: …………………………………………………………………………………………
2. Preferowany termin wizyty do: …………………………………………………………………………………………
3. Adres do korespondencji: …………………………………………………………………………………………
4. O ile dotyczy dodatkowe wymagania w zakresie dostępności:
* Konieczność stosowania powiększonej czcionki w korespondencji
* W kontakcie bezpośrednim niezbędna obecność tłumacza języka migowego
* Inna potrzeba, jaka:
1. Opis innej potrzeby: ………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Dziękujemy za wypełnienie ankiety Wkrótce skontaktuje się z Tobą pracownik PFRON. Po omówieniu szczegółów, razem ustalimy w jaki sposób można pomóc. Usługi, które będą realizowane w ramach Twojego zgłoszenia są nieodpłatne.*

**VII. Oświadczenia i pouczenia**

*Zgoda na przetwarzanie danych osobowych*

* Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na udostępnienie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych moich danych osobowych oraz danych mojego podopiecznego (w sytuacji, kiedy dotyczy) podanych w powyższej ankiecie właściwemu Ośrodkowi Wsparcia i Testów

*Informujemy, że zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na legalność przetwarzania przed jej cofnięciem.*

*Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz Pana/Pani podopiecznego (w sytuacji, kiedy dotyczy) jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. Dane są przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań administratora. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych przez administratora, w tym o przysługujących Pani/Panu prawach, m. in. prawie do cofnięcia zgody, dostępne są pod adresem:* [*https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/*](https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/)*.*

 *…………………………… ……………………………………………………*

 *Data Podpis*