**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.

* Osoba z niepełnosprawnością (zorientowana co do tematu/przedmiotu

porady)

* Osoba z niepełnosprawnością (niezorientowana co do tematu/przedmiotu

porady)

**I. Dane kontaktowe**

1. Imię…………………………………………………………………………………….
2. Nazwisko………………………………………………………………………………
3. 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 zamierzasz 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?

* Tak
* Nie

1. Czy odczuwasz potrzebę zwiększenia aktywności życiowej, samodzielności i zaradności osobistej przy użyciu technologii asystujących?

* Tak
* Nie

1. Czy miałaś/eś kiedyś sporządzany plan aktywizacji osoby niepełnosprawnej?

* Tak
* Nie

1. Czy obecnie poszukujesz pracy?

* Tak
* Nie
* Nie dotyczy

1. Czy obecnie poszukujesz wolontariatu?

* Tak
* Nie
* Nie dotyczy

1. Czy obecnie poszukujesz stażu?

* Tak
* Nie
* Nie dotyczy

1. Czy w związku z niepełnosprawnością odczuwasz ograniczenia w życiu społecznym?

* Tak
* Nie

1. Czy w związku z niepełnosprawnością odczuwasz ograniczenia w życiu zawodowym?

* Tak
* Nie
* Nie dotyczy

1. Czy w związku z niepełnosprawnością odczuwasz ograniczenia w edukacji?

* Tak
* Nie

1. Czy potrzebujesz 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 pomocy eksperta w zaplanowaniu rehabilitacji społecznej?

* Tak
* Nie

1. Czy potrzebujesz pomocy eksperta w zaplanowaniu rehabilitacji zawodowej?

* Tak
* Nie

1. Czy posiadasz wiedzę na temat rodzajów technologicznie zaawansowanych rozwiązań, służących zmniejszaniu barier i ograniczeń?

* Tak
* Nie

1. Czy wiesz 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?

* Pomocą w doborze sprzętów, urządzeń, oprogramowania (technologii asystujących), umożliwiających likwidację lub ograniczenie barier (zgodnych z aktualnym potrzebami)
* Warsztatami z obsługi sprzętu, urządzeń, oprogramowania zaproponowanego do zaopatrzenia
* Wypożyczeniem sprzętów, urządzeń, oprogramowania w celu ich testowania w warunkach domowych

1. Czy potrzebujesz 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 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 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*