**ANKIETA MONITORUJĄCA REALIZACJĘ USŁUGI REALIZOWANEJ W FORMIE OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ - Pobyt dzienny**

Uprzejmie prosimy członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną o wypełnienie anonimowej ankiety oceniającej usługę opieki wytchnieniowej realizowaną przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli   
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2022”.

Wyniki ankiety przedstawiane będą zbiorczo i posłużą do badań prowadzonych przez tutejszy ośrodek w celu polepszenia jakości świadczonej pomocy.

**Dziękujemy ☺**

**Metryczka – (dotyczy osoby wypełniającej ankietę)**

Płeć:

* Kobieta
* Mężczyzna

Grupa wiekowa

* Do 50 lat
* Powyżej 50 do 60 lat
* Powyżej 60 lat

1. Czy zakres świadczonych usług opieki wytchnieniowej w formie dziennej jest dla Pani/Pana wystarczający?

* Tak
* Nie
* jeżeli nie, to proszę opisać
* co jest niewystarczające:

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

* jakiej usługi brakuje:

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2. Która z form opieki wytchnieniowej Pani/Pana zdaniem jest najbardziej korzystna dla osoby niepełnosprawnej:

* w miejscu zamieszkania
* ośrodku wsparcia
* innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię gminy

3. Czy Pani/Pana zdaniem osoba wykonująca usługi w zakresie opieki wytchnieniowej jest:

*Proszę postawić znak „X” w odpowiedniej rubryce*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tak** | **Raczej tak** | **Raczej nie** | **Nie** |
| Punktualna |  |  |  |  |
| Sumienna |  |  |  |  |
| Fachowa |  |  |  |  |
| Kulturalna |  |  |  |  |
| Pomocna |  |  |  |  |

4. Czy Pani/Pana zdaniem osoba wykonująca usługi w zakresie opieki wytchnieniowej w pełni wykorzystuje swój czas na realizację tej usługi ?

* tak
* raczej tak
* raczej nie
* nie

5. Czy Pani/Pana zdaniem Koordynator usług kontaktujący się w sprawie świadczonych usług   
w zakresie opieki wytchnieniowej w formie dziennej jest:

*Proszę postawić znak „X” w odpowiedniej rubryce*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tak** | **Raczej tak** | **Raczej nie** | **Nie** |
| Punktualny |  |  |  |  |
| Sumienny |  |  |  |  |
| Fachowy |  |  |  |  |
| Kulturalny |  |  |  |  |
| Pomocny |  |  |  |  |

6. Czy Pani/Pana oczekiwania zostały uwzględnione przez Koordynatora usług podczas przyznawania usługi opieki wytchnieniowej ?

* tak
* raczej tak
* nie
* raczej nie

7. Czy wyraża Pani/Pana zastrzeżenia w stosunku do pracy Koordynatora usług?

* tak
* nie

Jeżeli tak, to proszę opisać czego dotyczą zastrzeżenia

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

8. Czy przyznany limit godzin przypadający na realizację usług asystenckich jest wystarczający (zgodnie z Programem limit wynosi 240 godzin w ciągu roku):

* tak
* nie

Jeżeli nie, to proszę o podanie informacji jaka liczba godziny byłaby wystarczająca w trakcie realizacji tej usługi

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

8. W jakim zakresie usługa opieki wytchnieniowej okazała się najbardziej pomocna:

(proszę wybrać 3 z niżej wymienionych)

* w czasowym odciążeniu od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki
* w zapewnieniu czasu na odpoczynek i regenerację
* w umożliwieniu rozwoju zawodowego (np. udział w szkoleniach, kursach przygotowujących do podjęcia zatrudnienia w przyszłości)
* w skorzystaniu z możliwości poprawy sytuacji zdrowotnej (np. poprzez wizyty   
  u specjalistów, zabiegi rehabilitacyjne, wizyta u dentysty itp.)
* w umożliwieniu załatwienia spraw urzędowych

9. Jak Pani/Pan ogólnie ocenia świadczoną usługę opieki wytchnieniowej?

* bardzo dobrze
* dobrze
* średnio
* źle
* bardzo źle