

## **Arkusz diagnostyczny dla opiekuna/ów faktycznych zależnej osoby z niepełnosprawnością**

### **Dane opiekuna/ów**

*(Jeśli wywiad jest przeprowadzany równocześnie z 2 opiekunami to prosimy o jednoznaczne opisy identyfikujące osobno wypowiedzi obu opiekunów np. potrzeby opiekuna nr 1 to..., potrzeby opiekuna nr 2 to...)*

1. Imię i nazwisko osoby/osób, z którą/którymi realizowany jest wywiad:

.....

2. Kim dla Pana(i) jest osoba z niepełnosprawnością, której Pan(i) pomaga?

.....

3. Pana(i) numer kontaktowy:

.....

### **Zakres udzielonego wsparcia przez opiekuna/ów faktycznych**

Czy napotyka Pan/i trudności/przeszkody w opiece nad dzieckiem z niepełnosprawnością /niepełnosprawną osobą zależną? Czy coś Panu/i sprawia szczególną trudność? Jeśli tak, to jaką, czego ona dotyczy, z czego wynika?

.....

.....

w miejscu zamieszkania

.....

.....

poza miejscem zamieszkania

.....

.....

Czy może Pan/i liczyć na pomoc na pomoc rodziny, znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu codziennych czynności na rzecz dziecka z niepełnosprawnością/osobą zależną? Jeśli tak, to jakie są to osoby i w jakich czynnościach pomagają:

.....

.....

Jak Pan/i ocenia swój aktualny stan zdrowia?

.....

Czy osoba zależna jest osobą wobec której zastosowano ograniczenie praw? Jeśli tak, to proszę o wskazanie kto jest opiekunem prawnym?

.....

.....

## Załącznik 1

### Samorealizacja opiekuna faktycznego:

W sposób szczególny zainteresowani jesteśmy poznaniem potrzeb opiekunów niepełnosprawnych osób zależnych, dlatego prosimy Pana/ią o odpowiedzenie na dodatkowe pytania. Pana/i odpowiedzi pozwolą nam w najlepszy sposób dopasować oferowane wsparcie do opisanych potrzeb.

Proszę opisać w paru zdaniach jakby wyglądałby dzień który Pan/i miałby/miałaby tylko

---

---

---

---

---

---

---

---

Ile czasu w ciągu tygodnia poświęca Pan/i tylko dla siebie?(realizacja hobby, spotkania z przyjaciółmi, kursy, szkolenia)

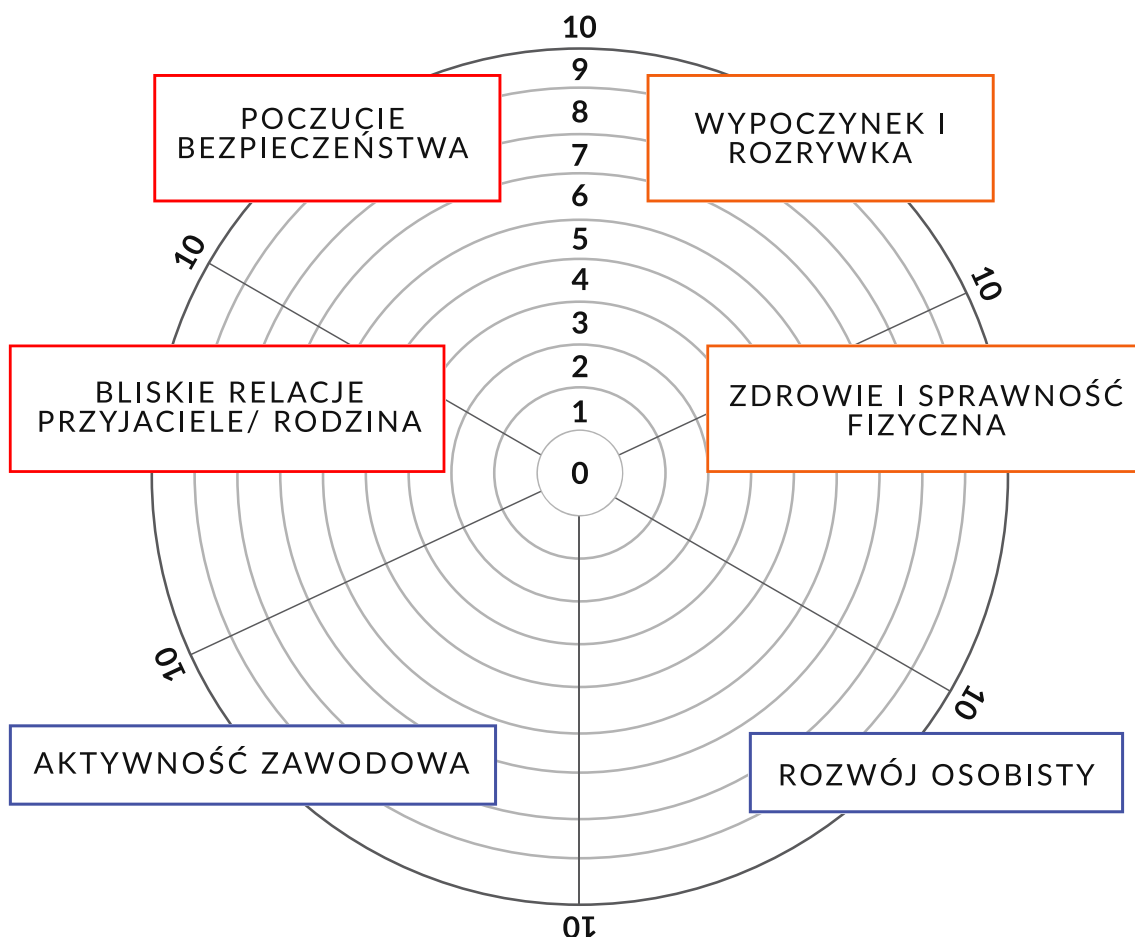
---

---

---

Proszę zaznaczyć poniżej na wykresie poziom swojego zadowolenia/satysfakcji w poszczególnych obszarach, gdzie:

**10** - oznacza najwyższy poziom, **0** - całkowity brak zadowolenia/satysfakcji, a pozostałe punkty pokazują sytuację pośrednią.



Załącznik 1

Dodatkowe notatki:

.....  
.....

**Oczekiwania wobec asystenta/ki**

W jakich czynnościach oczekuje Pan/i wsparcia Asystenta/tki w opiece nad osobą z niepełnosprawnością?

.....  
.....

W jakich porach dnia? .....

Z jaką częstotliwością? .....

Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie potrzebne?

.....

**Dotychczasowo otrzymana pomoc**

Czy do tej pory osoba, którą Pan/i wspiera korzystał(a) z innych form wsparcia? **Tak / Nie**  
Jeśli **Tak**, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych:

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

**O projekcie**

Skąd dowiedział(a) się Pan/i o projekcie? .....

Proszę opisać w kilku słowach, jak rozumie Pan/i przerwę regeneracyjną dla opiekunów faktycznych osób z niepełnosprawnościami? Jak ww. usługa może wpłynąć na Pana/i życie?

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

.....  
podpis opiekuna/ów

.....  
data

.....  
sporządził(a) dyspozytor/ka

Zaznajomiłem się z informacjami w arkuszu.

.....

Data i podpis Asystenta/ów