

KWESTIONARIUSZ INDYWIDUALNY DLA NIEPEŁNOSPRAWNEJ OSOBY DOROSŁEJ w wieku 15 lat i więcej

DZIAŁ 1. POTRZEBY MIESZKANIOWE

1. Proszę określić rodzaj budynku w którym Pan/Pani mieszka?

- Budynek jednorodzinny [dom] → [przejdź do pytania 4.](#)
- Budynek wielomieszkaniowy (blok, kamienica)

2. Czy w budynku wielomieszkaniowym mieszka Pan/Pani:

- Na parterze → [przejdź do pytania 4.](#)
- Na wysokim parterze, do którego trzeba pokonać kilka schodów
- Na piętrze (w drugą kratkę proszę wpisać, na którym piętrze)

3. Czy gdyby miał(a) Pan/Pani możliwość zamiany mieszkania, by znajdowało się ono na niższym piętrze lub na parterze to czy zdecydował(a) by się Pan/Pani na tę zmianę?

- Tak
- tylko wtedy gdybym nie zmieniał(a) miejscowości zamieszkania
- nawet jeśli mieszkanie znajdowałoby się w innej miejscowości niż obecnie
- Nie

4. Jakie Pana/Pani zdaniem bariery w budynku utrudniają Panu/Pani dostęp do mieszkania i wychodzenie z niego?

Spośród niżej wymienionych barier proszę wskazać maksymalnie 5 najistotniejszych dla Pana/Pani oraz uporządkować je według ważności od 1 do 5 (1 oznacza barierę najbardziej uciążliwą, a 5 – najmniej uciążliwą) albo zaznaczyć odpowiedź pierwszą – „Brak barier”.

- Brak barier w budynku w którym mieszkam
- Brak windy lub jest winda, która jest niedostosowana do moich potrzeb
- Zbyt wysokie progi i schody
- Brak podjazdów / pochylni
- Brak oznaczeń głosowych / dotykowych, wizualnych w ciągach komunikacyjnych lub są oznaczenia, ale niedostosowane do moich potrzeb
- Brak włączników na odpowiedniej wysokości
- Brak automatycznego oświetlenia
- Brak poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych lub są uchwyty i poręcze w ciągach komunikacyjnych, ale niedostosowane do moich potrzeb
- Drzwi wejściowe nieprzystosowane do moich potrzeb
- Inne utrudnienia, jakie? _____

5. Co jest najbardziej potrzebne w Pana/Pani mieszkaniu / domu aby było ono dostosowane do Pana/Pani potrzeb?

Spośród niżej wymienionych potrzeb proszę wskazać maksymalnie 5 najistotniejszych dla Pana/Pani oraz uporządkować je według ważności od 1 do 5 (1 oznacza potrzebę najważniejszą, a 5 – najmniej ważną) albo zaznaczyć odpowiedź pierwszą – „Moje potrzeby są zaspokojone”.

- Moje potrzeby mieszkaniowe są zaspokojone
- Montaż poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych, w pokojach
- Montaż poręczy i uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych
- Modernizacja łazienki
- Modernizacja kuchni
- Likwidacja progów lub zróżnicowania poziomu podłogi
- Ułożenie wykładziny antypoślizgowej
- Przystosowanie drzwi
- Montaż łóżka rehabilitacyjnego
- Automatyczne oświetlenie
- Oznaczenia głosowe / dotykowe, wizualne
- Większy metraż mieszkania / domu
- Zakup specjalistycznego sprzętu, jakiego? _____
- Inne, jakie? _____

6. Czy na przestrzeni ostatnich 3 lat Pana/Pani warunki mieszkaniowe:

- Poprawiły się
- Pogorszyły się
- Nie zmieniły się
- Nie wiem

7. Jakie rozwiązania mogłyby mieć zastosowanie, aby zaspokoić Pana/Pani potrzeby mieszkaniowe?

Proszę wskazać maksymalnie 3 najistotniejsze dla Pana/Pani:

1. _____
2. _____
3. _____

DZIAŁ 2. POTRZEBY ARCHITEKTONICZNE I TRANSPORTOWE W PRZESTRZENI PUBLICZNEJ

1. Czy wychodzi Pan/Pani z domu tak często jak Pan/Pani potrzebuje?

- Tak
- Nie, chciałbym / chciałybym wychodzić częściej
- Wcale nie wychodzę z domu / mieszkania → [przejdź do pytania 4.](#)

2. Proszę wskazać najczęstszy powód wyjścia z domu / mieszkania?

- Zakupy, obowiązki domowe
- Praca, szkoła
- Lekarz, rehabilitacja
- Rekreacja, spacer, kultura, sport
- Spotkania towarzyskie
- Inny, jaki? _____

3. Czy Pan/Pani napotyka w przestrzeni publicznej na bariery architektoniczne utrudniające przemieszczanie / poruszanie się?

- Tak
- Raczej tak
- Trudno mi powiedzieć
- Raczej nie
- Nie
- Nie dotyczy

4. Jakie Pana/Pani zdaniem bariery najbardziej utrudniają Panu/Pani poruszanie się / przemieszczanie się w przestrzeni publicznej?

Spośród niżej wymienionych barier proszę wskazać maksymalnie 5 najistotniejszych dla Pana/Pani oraz uporządkować je według ważności od 1 do 5 (1 oznacza barierę najbardziej uciążliwą, a 5 – najmniej uciążliwą) lub zaznaczyć odpowiedź pierwszą – „Brak barier”.

- Brak barier utrudniających mi poruszanie się / przemieszczanie się w przestrzeni publicznej
- Nieodpowiedni sprzęt wykorzystywany do przemieszczania się
- Zużyty, stary sprzęt wykorzystywany do przemieszczania się
- Zły stan techniczny dróg i chodników
- Wąskie chodniki lub chodniki zajęte przez słupy, parkujące samochody lub inne przeszkody
- Wysokie krawężniki
- Nieoznakowane ścieżki rowerowe
- Brak / zbyt mało oznaczeń głosowych / dotykowych, wizualnych
- Brak / zbyt mało podjazdów / pochylni
- Obecność schodów
- Brak / zbyt mało ławek do odpoczynku przed dalszą drogą
- Brak / zbyt mało miejsc wykorzystujących pętle indukcyjne, system FM
- Brak / zbyt mało miejsc, w których można byłoby skorzystać ze specjalistycznej pomocy (np. z tłumacza języka migowego)
- Inne utrudnienia, jakie? _____

5. Czy na przestrzeni ostatnich 3 lat warunki architektoniczne w przestrzeni publicznej dla Pana/Pani:

- Poprawiły się
- Pogorszyły się
- Nie zmieniły się
- Nie wiem

6. Jakie rozwiązania mogłyby mieć zastosowanie, aby zaspokoić Pana/Pani potrzeby w przestrzeni publicznej?

Proszę wskazać maksymalnie 3 najistotniejsze dla Pana/Pani:

1. _____
2. _____
3. _____

7. Czy korzysta Pan/Pani ze środków transportu?

- Tak
- Nie → [przejdź do pytania 10.](#)
- Ponieważ nie mam takiej potrzeby
- Ponieważ nie mam takiej możliwości
- Inne, jakie? _____

8. Z jakich środków transportu korzysta Pan/Pani najczęściej?

Proszę wskazać maksymalnie 3 odpowiedzi.

- Z własnego samochodu
- jako kierowca
- jako pasażer
- Z samochodu rodziny / znajomych / sąsiadów
- Z publicznych środków transportu (np. autobus, tramwaj, pociąg)
- Z taksówki
- Z karetki pogotowia
- Ze specjalnego transportu grupowego
- Ze specjalnego transportu indywidualnego
- Z innych środków transportu (np. motor, rower)
- Inne, jakie? _____

9. Czy korzysta Pan/Pani ze środków transportu tak często jak Pan/Pani potrzebuje?

- Tak
- Nie, chciałbym / chciałabym korzystać częściej

10. Jakie Pana/Pani zdaniem bariery najbardziej utrudniają Panu/Pani korzystanie ze środków transportu?

Spośród niżej wymienionych barier proszę wskazać maksymalnie 5 najistotniejszych dla Pana/Pani oraz uporządkować je według ważności od 1 do 5 (1 oznacza barierę najbardziej uciążliwą, a 5 – najmniej uciążliwą) albo zaznaczyć odpowiedź pierwszą – „Brak barier”.

- Brak barier, które utrudniają mi korzystanie ze środków transportu
- Brak samochodu dostosowanego do swoich potrzeb
- Brak środków finansowych (np. na naprawę samochodu, zakup nowego dostosowanego do własnych potrzeb)
- Brak / zbyt mała liczba samochodowych miejsc postojowych lub są samochodowe miejsca postojowe, ale niedostosowane do moich potrzeb
- Brak / zbyt mało pochylni / podjazdów / wind / ramp ułatwiających korzystanie ze środków komunikacji publicznej
- Brak czytelnych drogowskazów na przystanki / perony komunikacji publicznej
- Brak / zbyt mało oznaczeń głosowych / dotykowych, wizualnych na przystankach / peronach
- Obecność schodów w środkach komunikacji publicznej
- Brak informacji o rozkładach jazdy, trasach konkretnych kursów obsługiwanych przez pojazdy niskopodłogowe
- Brak możliwości samodzielnego podróżowania komunikacją publiczną
- Brak / zbyt mało punktów informacyjnych i punktów obsługi dostosowanych do własnych potrzeb
- Brak pomocy asystenta / opiekuna
- Konieczność dodatkowych działań np. wcześniejsze ustalenie terminów, umówienie się by skorzystać
- Inne utrudnienia, jakie? _____

11. Czy na przestrzeni ostatnich 3 lat możliwość korzystania przez Pana/Panią ze środków transportu w celu przemieszczania się:

- Poprawiła się
- Pogorszyła się
- Nie zmieniła się
- Nie wiem

12. Jakie rozwiązania mogłyby mieć zastosowanie, aby zaspokoić Pana/Pani potrzeby związane z przemieszczaniem się przy użyciu środków transportu?

Proszę wskazać maksymalnie 3 najistotniejsze dla Pana/Pani:

1. _____
2. _____
3. _____

DZIAŁ 3. POTRZEBY ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM I REHABILITACJĄ

1. Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności, przez okres 6 ostatnich miesięcy lub dłużej?

- Nie, nie mam żadnych ograniczeń → [przejdź do pytania 3.](#)
- Tak, umiarkowanie ograniczoną
- Tak, poważnie ograniczoną
- Tak, całkowicie ograniczoną – nie mogę ich wykonywać
- Nie wiem → [przejdź do pytania 3.](#)

2. Jak długo ma Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania zwykłych czynności życiowych?

- Od 6 miesięcy do 1 roku
- 1–4 lata
- 5–9 lat
- 10 lat i więcej

3. Czy korzysta Pan/Pani z regularnej pomocy innej osoby lub urządzeń przy wykonywaniu czynności związanych z samoobsługą (np. ubieranie się, przygotowywanie posiłków, kąpanie lub mycie) lub z aktywnościami życia codziennego (np. robienie zakupów, gotowanie, zmywanie, płacenie rachunków, załatwianie spraw na poczcie)?

- Tak
 - korzystam z pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej → [przejdź do pytań 4, 5, 6.](#)
 - korzystam z pomocy innej osoby → [przejdź do pytań 7, 8, 9.](#)
 - korzystam z pomocy urządzeń → [przejdź do pytania 10.](#)
- Nie → [przejdź do pytania 10.](#)
 - Nie mam takiej potrzeby
 - Nie mam kontaktu z rodziną
 - Brak możliwości pomocy członków rodziny
 - Nie wiem gdzie zwrócić się o pomoc
 - Wstydę się poprosić o pomoc
 - Brak zinstytucjonalizowanych form wsparcia
 - Z innych powodów, jakich? _____

Pytania od 4 do 6 kierowane są do osób, które korzystają z pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej.

4. Jak często korzysta Pan/Pani z pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej?

- Codziennie
- Kilka razy w tygodniu
- Kilka razy w miesiącu
- Raz w miesiącu lub rzadziej

5. Czy potrzebuje Pan/Pani więcej pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej?

Tak

W jakich czynnościach, ta pomoc byłaby najbardziej potrzebna?

Proszę wskazać maksymalnie 3 najistotniejsze dla Pana/Pani:

1. _____
2. _____
3. _____

Nie

6. Ile tygodniowo godzin wsparcia ze strony asystenta osoby niepełnosprawnej potrzebuje Pan/Pani:

Tygodniowo potrzebuję wsparcia przez godzin.

Pytania od 7 do 9 kierowane są do osób, które korzystają z pomocy innej osoby.

7. Jak często korzysta Pan/Pani z pomocy innej osoby?

- Codziennie
- Kilka razy w tygodniu
- Kilka razy w miesiącu
- Raz w miesiącu lub rzadziej

8. Kto tej pomocy Panu/Pani najczęściej udziela?

- Rodzina, sąsiedzi, znajomi
- Pracownik socjalny
- Prywatny opiekun
- Inni, kto? _____

9. Czy potrzebuje Pan/Pani więcej pomocy innej osoby?

Tak

W jakich czynnościach, ta pomoc byłaby najbardziej potrzebna?

Proszę wskazać maksymalnie 3 najistotniejsze dla Pana/Pani:

1. _____

2. _____

3. _____

Nie

Pytanie 10 kierowane jest do osób, które nie korzystają z pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej lub innej osoby.

10. Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej lub innej osoby?

Tak

pomoc asystenta osoby niepełnosprawnej

pomoc innej osoby

pomoc kogokolwiek

W jakich czynnościach, ta pomoc byłaby najbardziej potrzebna? Proszę wskazać maksymalnie 3 najistotniejsze dla Pana/Pani:

1. _____

2. _____

3. _____

Nie

Pytania od 11 do 17 kierowane są do wszystkich osób.

11. Czy korzysta Pan/Pani z opieki lekarskiej (wizyt czy konsultacji z lekarzem ogólnym, rodzinnym, specjalistą) tak często jak Pan/Pani potrzebuje?

Tak

Nie, chciałbym / chciałybym korzystać częściej

Nie mam potrzeby korzystania z wizyt i konsultacji lekarskich

12. Czy korzysta Pan/Pani z zajęć rehabilitacyjnych lub innych usług medycznych związanych z poprawą sprawności fizycznej tak często jak Pan/Pani potrzebuje?

Tak

Nie, chciałbym / chciałybym korzystać częściej

Nie mam potrzeby korzystania z zajęć rehabilitacyjnych lub innych usług medycznych związanych z poprawą sprawności fizycznej

13. Czy korzysta Pan/Pani z turnusów / wyjazdów rehabilitacyjnych tak często jak Pan/Pani potrzebuje?

- Tak
- Nie, chciałbym / chciałybym korzystać częściej
- Nie mam potrzeby korzystania z turnusów / wyjazdów rehabilitacyjnych

14. Czy korzysta Pan/Pani z pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej, psychiatrycznej tak często jak Pan/Pani potrzebuje?

- Tak
- Nie, chciałbym / chciałybym korzystać częściej
- Nie mam potrzeby korzystania z pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej, psychiatrycznej

15. Co jest najbardziej Panu/Pani potrzebne, aby zaspokoić potrzeby związane ze zdrowiem i rehabilitacją?

Proszę wskazać maksymalnie 5 najistotniejszych dla Pana/Pani oraz uporządkować je według ważności od 1 do 5 (1 oznacza potrzebę najważniejszą, a 5 – najmniej ważną) albo zaznaczyć odpowiedź pierwszą – „Moje potrzeby są zaspokojone”.

- Moje potrzeby związane ze zdrowiem i rehabilitacją są zaspokojone
- Leki, materiały higieniczne / pielęgnacyjne
- Specjalistyczny sprzęt rehabilitacyjny
- Opieka rehabilitacyjna
- Opieka pielęgnacyjna
- Opieka psychologiczna, psychoterapeutyczna, psychiatryczna
- Pomoc asystenta osób niepełnosprawnych (obecnie brak takiej pomocy)
- Pomoc asystenta osób niepełnosprawnych w większym zakresie
- Możliwość wyjazdu na turnus rehabilitacyjny
- Bezpłatna opieka zdrowotna
- Inne potrzeby, jakie? _____

16. Czy na przestrzeni ostatnich 3 lat opieka zdrowotna i rehabilitacyjna dostępna dla Pana/Pani:

- Poprawiła się
- Pogorszyła się
- Nie zmieniła się
- Nie wiem

17. Jakie rozwiązania mogłyby mieć zastosowanie, by zaspokoić Pana/Pani potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej i rehabilitacyjnej?

Proszę wskazać maksymalnie 3 najistotniejsze dla Pana/Pani:

1. _____
2. _____
3. _____

DZIAŁ 4. POTRZEBY ZWIĄZANE Z AKTYWNOŚCIĄ I UCZESTNICZENIEM

1. Czy w chwili obecnej kontynuuje Pan/Pani naukę?

- Tak → [przejdź do pytania 3.](#)
- Nie
 - Ponieważ nie mam takich możliwości
 - Ponieważ nie mam takiej potrzeby → [przejdź do pytania 3.](#)
 - Ponieważ posiadam poziom wykształcenia zadowalający mnie → [przejdź do pytania 3.](#)
 - Ponieważ posiadam najwyższy możliwy poziom wykształcenia → [przejdź do pytania 3.](#)
 - Inne powody, jakie? → [przejdź do pytania 3.](#) _____

2. Czy gdyby stworzono Panu/Pani odpowiednie możliwości, to czy byłby Pan / byłyby Pani gotowy(a) rozpocząć naukę?

- Tak
- Raczej tak
- Trudno mi powiedzieć
- Raczej nie
- Nie
- Nie dotyczy

3. Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 3 lat uczestniczył(a) Pan/Pani w kursach lub szkoleniach?

- Tak → [przejdź do pytania 5.](#)
- Nie
 - Ponieważ nie mam takich możliwości
 - Ponieważ nie mam takiej potrzeby → [przejdź do pytania 8.](#)
 - Inne powody, jakie? → [przejdź do pytania 7.](#) _____

4. Czy gdyby stworzono Panu/Pani odpowiednie możliwości, to czy byłby Pan / byłyby Pani gotowy(a) uczestniczyć w kursach lub szkoleniach?

- Tak → [przejdź do pytania 6.](#)
- Raczej tak → [przejdź do pytania 6.](#)
- Trudno mi powiedzieć → [przejdź do pytania 7.](#)
- Raczej nie → [przejdź do pytania 7.](#)
- Nie → [przejdź do pytania 7.](#)
- Nie dotyczy → [przejdź do pytania 7.](#) _____

5. W jakich kursach lub szkoleniach Pan/Pani obecnie uczestniczy lub uczestniczył(a) w ciągu ostatnich 3 lat?

- Kurs / szkolenie z języka migowego
- Kurs / szkolenie z alfabetu Braille'a
- Kurs / szkolenie z systemu Bliss'a lub innego kodu obrazkowego
- Kurs / szkolenie językowe
- Kurs / szkolenie komputerowe
- Kurs / szkolenie zawodowe, przyuczające do zawodu
- Inne, jakie? _____

Po udzieleniu odpowiedzi na pytanie 5. → [przejdź do pytania 7.](#)

6. W jakich kursach lub szkoleniach Pan chciałby / Pani chciałaby uczestniczyć, gdyby stworzono Panu/Pani odpowiednie możliwości?

Proszę wskazać maksymalnie 3 odpowiedzi.

- Kurs / szkolenie z języka migowego
- Kurs / szkolenie z alfabetu Braille'a
- Kurs / szkolenie z systemu Bliss'a lub innego kodu obrazkowego
- Kurs / szkolenie językowe
- Kurs / szkolenie komputerowe
- Kurs / szkolenie zawodowe, przyuczające do zawodu
- Inne, jakie? _____

7. Jakie Pana/Pani zdaniem bariery najbardziej utrudniają Panu/Pani kontynuowanie nauki lub uczestnictwo w kursach / szkoleniach?

Spośród niżej wymienionych barier proszę wskazać maksymalnie 5 najistotniejszych dla Pana/Pani oraz uporządkować je według ważności od 1 do 5 (1 oznacza barierę najbardziej uciążliwą, a 5 – najmniej uciążliwą) albo zaznaczyć odpowiedź pierwszą – „Brak barier”.

- Brak barier
- Niedostosowanie oferty edukacyjnej do moich potrzeb
- Niedostosowanie placówek edukacyjnych do moich potrzeb
- Brak odpowiedniej opieki pedagogicznej w placówkach edukacyjnych
- Brak możliwości nauki w formie indywidualnego toku kształcenia
- Zbyt mała oferta szkoleń w formie e-learningowej (przez Internet)
- Brak specjalnie przystosowanych podręczników szkolnych lub innych pomocy naukowych do moich potrzeb
- Koszty związane z edukacją (np. z zakupem podręczników szkolnych lub innych pomocy naukowych, z zakupem specjalistycznego sprzętu do przemieszczania się lub komunikowania)
- Dojazd do placówki edukacyjnej, miejsca szkoleń / kursów
- Brak pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej
- Brak pomocy tłumacza języka migowego lub innej osoby
- Wiek
- Brak wiedzy o kursach i szkoleniach
- Inne utrudnienia, jakie? _____

8. Czy korzysta Pan/Pani z komputera?

- Tak
 - z dostępem do Internetu
- Nie → [przejdź do pytania 10.](#)
Dlaczego Nie? _____

9. W jakim celu najczęściej wykorzystuje Pan/Pani komputer?

- Komunikowanie się (np. wysyłanie poczty elektronicznej, korzystanie z serwisów społecznościowych)
- Wyszukiwanie informacji na stronach
- Edukacja
- Rozrywka
- Bankowość internetowa
- Załatwianie spraw urzędowych
- Inne, jakie? _____

10. Czy korzystał(a) Pan/Pani z dofinansowania związanego z edukacją i komunikacją (np. na zakup podręczników, specjalistycznego sprzętu, dojazdów na zajęcia, kosztów zakwaterowania w okresie nauki)?

Tak

Nie

Dlaczego Nie? _____

11. Czy na przestrzeni ostatnich 3 lat oferta edukacyjna / szkoleniowa dostępna dla Pana/Pani:

Poprawiła się

Pogorszyła się

Nie zmieniła się

Nie wiem

12. Jakie rozwiązania mogłyby mieć zastosowanie, by zaspokoić Pana/Pani potrzeby w zakresie edukacji i komunikacji?

Proszę wskazać maksymalnie 3 najistotniejsze dla Pana/Pani:

1. _____

2. _____

3. _____

13. Czy w środowisku zamieszkania istnieją organizacje, które działają na rzecz osób z niepełnosprawnością?

Tak

Nie

Nie wiem

14. Czy należy Pan/Pani do organizacji działających na rzecz osób z niepełnosprawnością?

Tak, aktywnie działam w takiej organizacji / w takich organizacjach → [przejdź do pytania 16.](#)

Tak, jestem członkiem w takiej organizacji / w takich organizacjach → [przejdź do pytania 16.](#)

Nie

Jestem uczestnikiem działań takiej / takich organizacji → [przejdź do pytania 16.](#)

Nie wiem, że takie organizacje działają

15. Czy chciałby Pan/Pani należeć do takich organizacji lub być uczestnikiem działań takich organizacji?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

16. Czy Pan / Pani brał(a) udział w ostatnich wyborach parlamentarnych / samorządowych / prezydenckich?

- Tak
- Nie → [przejdź do pytania 18.](#)
 - W momencie wyborów byłem niepełnoletni
 - Nie wiedziałem, że są organizowane wybory
 - Nie wiedziałem, gdzie głosować
 - Lokal wyborczy nie był dostosowany do moich potrzeb
 - Nie było odpowiednich kandydatów
 - Mój stan zdrowia nie pozwolił mi uczestniczyć w wyborach
 - Nie interesuję się tym
 - Jestem ubezwłasnowolniony
 - Inny powód
- Nie pamiętam → [przejdź do pytania 18.](#)

17. W jakiej formie brał(a) Pan / Pani udział w ostatnich wyborach parlamentarnych / samorządowych / prezydenckich?

- Samodzielnie w lokalu wyborczym
- Za pomocą pełnomocnika
- Korespondencyjnie
- W innej formie

18. Z kim Pan/Pani najczęściej spędza swój czas wolny?

- Sam
- W towarzystwie np. z rodziną, ze znajomymi, opiekunem

19. Jak Pan/Pani najczęściej spędza swój czas wolny?

Spośród niżej wymienionych czynności proszę wskazać maksymalnie 5 najistotniejszych dla Pana/Pani oraz uporządkować je według ważności od 1 do 5 (1 oznacza najczęstszą czynność, a 5 – najrzadszą)

- Spotkania poza domem
- Oglądanie TV
- Przed komputerem
- Czytam książki lub prasę
- Na spacerach
- Chodzenie do kina
- Chodzenie do teatru, galerii, muzeum
- Korzystam z biblioteki
- Chodzenie na koncerty muzyczne, imprezy sportowe
- Chodzenie na basen lub inne zabiegi rehabilitacyjne
- Uprawiam sport
- Hobby (malarstwo, modelarstwo, fotografowanie, szycie itp.)
- Uprawianie ogródka, działki
- Wyjazdy turystyczne
- Inaczej, jak? _____

20. Jakie bariery utrudniają Panu/Pani korzystanie z ofert spędzania wolnego czasu?

Spośród niżej wymienionych barier proszę wskazać maksymalnie 5 najistotniejszych dla Pana/Pani oraz uporządkować je według ważności od 1 do 5 (1 oznacza barierę najbardziej uciążliwą, a 5 – najmniej uciążliwą) albo zaznaczyć odpowiedź pierwszą – „Nie mam barier”.

- Nie mam barier, korzystam według upodobań i chęci
- Nie jestem zainteresowany uczestnictwem
- Środki finansowe (wymaga to większych pieniędzy niż mam do dyspozycji)
- Brak opiekuna / asystenta osoby niepełnosprawnej
- Brak osoby do towarzystwa
- Mam obowiązki zawodowe
- Mam obowiązki rodzinne
- Stan zdrowia (w tym stan związany z moją niepełnosprawnością)
- Nie mam jednorazowo aż tyle czasu wolnego
- Brak oferty kulturalnej, sportowej, turystycznej w moim miejscu zamieszkania
- Problemy z komunikacją, z dojazdem, z powrotem do domu, parkowaniem
- Brak informacji o miejscu i terminie wydarzenia
- Inne, jakie? _____

21. Czy według Pana/Pani opinii oferta kulturalna, sportowa, turystyczna jest dostosowana do Pana/Pani potrzeb?

- Tak
- Raczej tak
- Trudno mi powiedzieć
- Raczej nie
- Nie
- Nie dotyczy

22. Czy Pan/Pani kiedykolwiek korzystał z oferty kulturalnej, sportowej, turystycznej przygotowanej z myślą o osobach z niepełnosprawnością?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

23. Czy gdyby miał Pan/Pani możliwość korzystania lub częstszego korzystania z ofert kulturalnych, sportowych, turystycznych dostosowanych dla osób z niepełnosprawnością to czy chciałby Pan / chciałaby Pani z nich skorzystać?

- Tak
- Raczej tak
- Trudno mi powiedzieć
- Raczej nie
- Nie
- Nie dotyczy

24. Z jakiej oferty dotyczącej rozwijania zainteresowań chciałby Pan / chciałaby Pani skorzystać w przyszłości najbardziej?

- Z żadnej, moje potrzeby w tym zakresie są zaspokojone
- Oferta sportowa
- Oferta turystyczna
- Oferta kulturalna
- Oferta edukacyjna
- Inna, jaka? _____

25. Czy na przestrzeni ostatnich 3 lat Pana/Pani aktywność w sferze kulturalnej, sportowej, turystycznej:

- Poprawiła się
- Pogorszyła się
- Nie zmieniła się
- Nie wiem

26. Jakie rozwiązania mogłyby mieć zastosowanie, by zaspokoić Pana/Pani potrzeby w zakresie urozmaicenia spędzania przez Pana/Panią czasu wolnego?

Proszę wskazać maksymalnie 3 najistotniejsze dla Pana/Pani:

1. _____
2. _____
3. _____

27. Jak Pan/Pani ocenia wysokość miesięcznych dochodów netto (na rękę) Pana/Pani gospodarstwa domowego z ostatniego miesiąca?

- Dobrze
- Raczej dobrze
- Trudno mi powiedzieć
- Raczej źle
- Źle
- Nie dotyczy

28. Czy kiedykolwiek zwracał się Pan/Pani lub ktoś w Pana/Pani imieniu do odpowiednich instytucji o pomoc finansową, rzeczową lub medyczną?

- Tak
- Raczej tak
- Trudno mi powiedzieć → [przejdź do pytania 30.](#)
- Raczej nie → [przejdź do pytania 30.](#)
- Nie → [przejdź do pytania 30.](#)
- Nie dotyczy → [przejdź do pytania 30.](#)

29. Jakiego rodzaju pomoc Pan/Pani otrzymał(a)?

- Pomoc finansowa
- Pomoc w zaopatrzeniu w sprzęt i przedmioty ortopedyczne lub rehabilitacyjne
- Pomoc w uzyskaniu pracy
- Pomoc w zmianie kwalifikacji
- Inna pomoc, jaka? _____

30. Czy wiesz, że istnieją instytucje do których Pan/Pani lub ktoś w Pana/Pani imieniu może zwrócić się o pomoc finansową, rzeczową lub medyczną?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

31. Czy na przestrzeni ostatnich 3 lat sytuacja finansowa Pana/Pani gospodarstwa domowego:

- Poprawiła się
- Pogorszyła się
- Nie zmieniła się
- Nie wiem

32. Jakie rozwiązania mogłyby mieć zastosowanie, by zaspokoić sytuację finansową Pana/Pani gospodarstwa domowego?

Proszę wskazać maksymalnie 3 najistotniejsze dla Pana/Pani:

1. _____
2. _____
3. _____

DZIAŁ 5. POTRZEBY ZWIĄZANE Z ZATRUDNIENIEM

1. Czy obecnie Pan/Pani pracuje?

- Tak
- Nie

2. Czy kiedykolwiek (wcześniej) Pan/Pani pracował?

- Tak
- Nie

3. Czy obecnie poszukuje Pan/Pani aktywnie pracy?

Osoba, która aktywnie szuka pracy to osoba, która podjęła działania aby znaleźć pracę (np. przeglądała oferty pracy, zarejestrowała się w urzędzie pracy) i jest gotowa tę pracę rozpocząć.

- Tak
- Nie → [przejdź do pytania 5.](#)

4. Jak Pan/Pani ocenia swoją szansę na znalezienie pracy?

- Dobrze
- Raczej dobrze
- Ani dobrze ani źle
- Raczej źle
- Źle
- Nie dotyczy

5. Czy uważa Pan/Pani że, Pana/Pani stan zdrowia lub ograniczenia do wykonywania podstawowych czynności życiowych:

- Powodują całkowite wyłączenie z pracy zawodowej
- Powodują duże ograniczenia w wykonywaniu pracy zawodowej
- Powodują niewielkie ograniczenia w wykonywaniu pracy zawodowej
- Nie stanowią przeszkód w wykonywaniu pracy zawodowej

6. Czy według Pana/Pani opinii warto pracować?

- Tak
- Raczej tak
- Trudno mi powiedzieć → [przejdź do pytania 8.](#)
- Raczej nie → [przejdź do pytania 8.](#)
- Nie → [przejdź do pytania 8.](#)
- Nie dotyczy → [przejdź do pytania 8.](#)

7. Dlaczego według Pana/Pani opinii warto pracować?

Spośród niżej wymienionych powodów proszę wskazać maksymalnie 3 najistotniejsze dla Pana/Pani oraz uporządkować je według ważności od 1 do 3 (1 oznacza najważniejszy powód, a 3 – najmniej ważny).

- Żeby czuć się potrzebnym
- Żeby zarabiać pieniądze i być niezależnym finansowo
- Żeby wypełnić czas
- Żeby mieć kontakt z ludźmi
- Żeby czuć, że robi się coś ważnego
- Żeby wyjść z domu
- Dla poprawy własnego stanu zdrowia
- Dla poprawy samopoczucia
- Inny powód, jaki? _____

8. Czy według Pana/Pani opinii osoby z niepełnosprawnością są chętnie zatrudniane przez pracodawców?

- Tak
- Raczej tak
- Trudno mi powiedzieć
- Raczej nie
- Nie
- Nie dotyczy

Pytania od 9 do 13 kierowane są do osób obecnie pracujących.

9. Jaka umowę o pracę ma Pan/Pani z pracodawcą?

- Umowę o pracę na czas nieokreślony
- Umowę o pracę na czas określony
- Umowę o dzieło / zlecenie
- Bez umowy lub umowa ustna
- Nie dotyczy, prowadzę własną działalność gospodarczą

10. Czy zakład pracy, w którym Pan/Pani pracuje jest:

- Zakładem pracy chronionej
- Spółdzielnią socjalną
- Zakładem aktywności zawodowej
- Przedsiębiorstwem na otwartym rynku pracy
- Instytucją państwową / samorządową
- Organizacją pozarządową
- Nie wiem
- Inna, jaka? _____

11. Jaka pracę Pan/Pani wykonuje?

Mój wykonywany zawód to: _____

12. Czy chciałby Pan / chciałyby Pani zmienić obecnie wykonywaną pracę?

- Tak
Dlaczego Tak? _____
- Nie

13. Proszę wskazać potrzeby, które są najważniejsze by poprawić Pana/Pani poziom satysfakcji związany z pracą zawodową?

Spośród niżej wymienionych potrzeb proszę wskazać maksymalnie 5 najistotniejszych dla Pana/Pani oraz uporządkować je według ważności od 1 do 5 (1 oznacza potrzebę najważniejszą, a 5 – najmniej ważną) albo zaznaczyć odpowiedź pierwszą – „Nie mam żadnych potrzeb”.

- Nie mam żadnych potrzeb
- Preferencyjne warunki zatrudnienia np. elastyczne formy zatrudnienia poprzez telepracę
- Wyższe wynagrodzenie
- Stabilność zatrudnienia
- Doradztwo zawodowe
- Możliwość rozwoju poprzez np. szkolenia i kursy
- Dostosowanie stanowiska pracy do własnych potrzeb
- Stała pomoc asystenta / opiekuna pracy w miejscu pracy
- Obecność trenera pracy
- Pomoc ze strony współpracowników
- Przyjazna atmosfera w miejscu pracy
- Zmiana miejsca zamieszkania
- Wyrozumiałość pracodawcy dla okresowych niedyspozycji
- Dostosowanie tempa pracy do własnych możliwości
- Wymiar czasu pracy dostosowany do indywidualnych możliwości
- Specjalny sprzęt komputerowy lub urządzenia wspomagające
- Usunięcie barier architektonicznych w miejscu pracy
- Pomoc w transporcie do pracy / z pracy
- Inne, jakie? _____

Pytania od 14 do 19 kierowane są do osób niepracujących, ale poszukujących aktywnie pracy.

14. Jak długo pozostaje Pan/Pani bez pracy?

Proszę podać liczbę pełnych lat i miesięcy.

- Nigdy nie pracowałem
- Od zakończenia ostatnio wykonywanej pracy, nie mam pracy od: lat miesięcy

15. Jak długo poszukuje Pan/Pani aktywnie pracy?

Proszę podać liczbę pełnych lat i miesięcy aktywnego poszukiwania pracy.

Pracy poszukuję przez ostatnie: lat miesięcy

16. W jakim zawodzie poszukuje Pan/Pani pracy?

Poszukuję pracy w zawodzie: _____

17. Czy Pan/Pani chciałby / chciałyby pracować?

- W zakładzie pracy chronionej
- W spółdzielni socjalnej
- W zakładzie aktywności zawodowej
- W przedsiębiorstwie na otwartym rynku pracy
- W instytucji państwowej / samorządowej
- W organizacji pozarządowej
- Chciałbym prowadzić własną działalność gospodarczą
- W gospodarstwie rolnym
- Bez różnicy

18. Czego Pan/Pani oczekuje wobec poszukiwanej pracy?

Spośród niżej wymienionych oczekiwań proszę wskazać maksymalnie 5 najistotniejszych dla Pana/Pani oraz uporządkować je według ważności od 1 do 5 (1 oznacza najważniejsze oczekiwanie, a 5 – najmniej ważne) albo zaznaczyć odpowiedź pierwszą – „Nie mam żadnych oczekiwań”.

- Nie mam żadnych oczekiwań
- Preferencyjnych warunków zatrudnienia np. elastycznych form zatrudnienia poprzez telepracę
- Wysokiego wynagrodzenia
- Niezależności finansowej
- Stabilności zatrudnienia
- Doradztwa zawodowego
- Możliwości rozwoju poprzez np. szkolenia i kursy
- Dostosowania stanowiska pracy do moich potrzeb
- Stałej pomocy asystenta / opiekuna pracy w miejscu pracy
- Obecności trenera pracy
- Pomocy ze strony współpracowników
- Przyjaznej atmosfery w miejscu pracy
- Kontaktu z ludźmi
- Dogodnego położenia względem miejsca zamieszkania
- Wrozumiałości pracodawcy dla okresowych niedyspozycji
- Dostosowania tempa pracy do własnych możliwości
- Wymiaru czasu pracy dostosowanego do indywidualnych możliwości
- Specjalnego sprzętu komputerowego lub urządzeń wspomagających
- Usunięcia barier architektonicznych w miejscu pracy
- Pomocy w transporcie do pracy / z pracy
- Inne, jakie? _____

19. Czy Pana/Pani najbliższa rodzina cieszyłaby się gdyby Pan/Pani znalazł(a) pracę?

- Tak
- Raczej tak
- Trudno mi powiedzieć
- Raczej nie
- Nie
- Nie dotyczy

Pytania od 20 do 21 kierowane są do osób niepracujących i nieposzukujących pracy

20. Jak długo pozostaje Pan/Pani bez pracy?

Proszę podać liczbę pełnych lat i miesięcy.

- Nigdy nie pracowałem
- Od zakończenia ostatnio wykonywanej pracy, nie mam pracy od: lat miesięcy

21. Co jest przyczyną dla których obecnie Pan/Pani nie pracuje i nie poszukuje pracy?

Spośród niżej wymienionych przyczyn proszę wskazać maksymalnie 5 najistotniejszych dla Pana/Pani oraz uporządkować je według ważności od 1 do 5 (1 oznacza najważniejszą przyczynę, a 5 – najmniej ważną) albo zaznaczyć odpowiedź pierwszą – „Nie mam potrzeby żeby pracować”.

- Nie mam potrzeby żeby pracować
- Uczę się, uzupełniam kwalifikacje
- Jestem na emeryturze
- Zbyt wysokie wymagania pracodawców
- Niechęć pracodawców do zatrudniania osób z niepełnosprawnością
- Niedostosowanie miejsc pracy do potrzeb osób z niepełnosprawnością
- Utrudnienia w dojazdach do pracy
- Nie mam lub posiadam niewielkie doświadczenie zawodowe
- Brak dla mnie odpowiednich ofert pracy
- Mam zbyt niski poziom wykształcenia
- Strach przed utratą świadczeń, np. z ZUS, MOPS, itp.
- Nie mam nikogo, kto by pomógł mi znaleźć pracę
- Nie ma takiej pracy, która byłaby dla mnie odpowiednia
- Rodzina uważa, że nie powinienem / powinnam pracować
- Z mojego orzeczenia wynika, że nie mogę pracować
- Inne, jakie? _____

Pytania od 22 do 23 kierowane są do wszystkich osób pracujących i niepracujących.

22. Czy na przestrzeni ostatnich 3 lat Pana/Pani sytuacja na rynku pracy:

- Poprawiła się
- Pogorszyła się
- Nie zmieniła się
- Nie wiem

23. Jakie rozwiązania mogłyby mieć zastosowanie, by zaspokoić Pana/Pani potrzeby w zakresie zatrudnienia?

Proszę wskazać maksymalnie 3 najistotniejsze dla Pana/Pani:

1. _____
2. _____
3. _____

DZIAŁ 6. OCENA JAKOŚCI ŻYCIA NA PODSTAWIE STOPNIA ZASPOKOJENIA POTRZEB

1. Jak Pan/Pani ocenia każdą z poniższych spraw z punktu widzenia zaspokojenia Pana/Pani potrzeb?

W każdym wierszu proszę znakiem „x” oznaczyć właściwą odpowiedź:

	Dobrze	Raczej dobrze	Ani dobrze ani źle	Raczej źle	Źle	Nie dotyczy
POTRZEBY MIESZKANIOWE						
Wielkość swojego mieszkania / domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyposażenie swojego mieszkania / domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stan techniczny swojego mieszkania / domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rozkład / funkcjonalność swojego mieszkania / domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POTRZEBY ARCHITEKTONICZNE I TRANSPORTOWE W PRZESTRZENI PUBLICZNEJ**POTRZEBY ARCHITEKTONICZNE**

	Dobrze	Raczej dobrze	Ani dobrze ani źle	Raczej źle	Źle	Nie dotyczy
Dojazd / dojście do sklepów i punktów usługowych (np. poczta, banki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przystosowanie architektoniczne sklepów i punktów usługowych (np. poczta, banki) do swoich potrzeb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dojazd / dojście do urzędów publicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dojazd / dojście do obiektów służby zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POTRZEBY TRANSPORTOWE

Dostosowanie przystanków i peronów komunikacji publicznej do swoich potrzeb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

POTRZEBY ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM I REHABILITACJĄ

Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej i rehabilitacyjnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie placówek opieki zdrowotnej i rehabilitacyjnej do własnych potrzeb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomoc ze strony pracowników w placówkach opieki zdrowotnej i rehabilitacyjnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostęp do leków, materiałów higienicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POTRZEBY ZWIĄZANE Z AKTYWNOŚCIĄ I UCZESTNICZENIEM**POTRZEBY EDUKACYJNE I KOMUNIKACYJNE**

Jakość kształcenia w placówkach edukacyjnych lub szkoleniowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Swój poziom umiejętności korzystania z komputera, Internetu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poziom dostosowania stron Internetowych do własnych potrzeb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POTRZEBY ZWIĄZANE Z INTEGRACJĄ I CZASEM WOLNYM

	Dobrze	Raczej dobrze	Ani dobrze ani źle	Raczej źle	Źle	Nie dotyczy
Swoje życie towarzyskie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość realizacji własnych zainteresowań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POTRZEBY FINANSOWE

Wysokość miesięcznych dochodów netto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sytuację finansową gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POTRZEBY ZWIĄZANE Z ZATRUDNIENIEM

Dostosowanie swoich kwalifikacji do wykonywanego zawodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warunki pracy (w tym warunki bezpieczeństwa i higieny pracy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomoc pracowników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie stanowiska do własnych potrzeb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wpływ pracy na swoje ogólne samopoczucie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Czy jest Pan/Pani zadowolony(a) z jakości swojego życia ogólnie rzecz biorąc?

- Tak
- Raczej tak
- Trudno mi powiedzieć
- Raczej nie
- Nie
- Nie dotyczy

3. Zaspokojenie których wymienionych niżej potrzeb poprawiłoby najbardziej Pana/Pani jakość życia?

Niżej wymienione potrzeby uporządkuj według ważności od 1 do 8 (1 oznacza potrzebę najważniejszą, a 8 – najmniej ważną).

- Potrzeby mieszkaniowe
- Potrzeby architektoniczne w przestrzeni publicznej
- Potrzeby związane z przemieszczaniem się przy użyciu środków transportu
- Potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej i rehabilitacyjnej
- Potrzeby w zakresie edukacji i komunikacji
- Potrzeby w zakresie zatrudnienia
- Potrzeby związane z rozwijaniem zainteresowań i spędzaniem czasu wolnego
- Potrzeby finansowe gospodarstwa domowego

4. Które z wymienionych niżej potrzeb wymagają w Pana/Pani przypadku najpilniejszego zaspokojenia?

Spośród niżej wymienionych potrzeb proszę wskazać maksymalnie 5 najistotniejszych dla Pana/Pani oraz uszeregować je według ważności od 1 do 5 (1 oznacza potrzebę najważniejszą, a 5 – najmniej ważną) albo zaznaczyć odpowiedź pierwszą – „Moje potrzeby są zaspokojone”.

- Moje potrzeby są zaspokojone
- Uzyskanie mieszkania
- Poprawa warunków mieszkaniowych
- Zakup / naprawa samochodu
- Możliwość poruszania się poza domem
- Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, rehabilitacyjne, środki pomocnicze
- Zaopatrzenie w leki
- Opieka lekarska / medyczna / rehabilitacyjna
- Pomoc w czynnościach codziennych
- Dostęp do asystenta osoby niepełnosprawnej / opiekuna
- Podwyższenie wykształcenia, kwalifikacji zawodowych
- Uzyskanie / zmiana pracy
- Możliwość realizacji własnych zainteresowań
- Uzyskanie pomocy finansowej
- Uzyskanie pomocy rzeczowej
- Inne, jakie? _____

5. Zaspokojenie których z wymienionych niżej potrzeb sprawiają Panu/Pani największe trudności?

Spśród niżej wymienionych potrzeb proszę wskazać maksymalnie 5 najistotniejszych dla Pana/Pani oraz uszeregować je według ważności od 1 do 5 (1 oznacza potrzebę najważniejszą, a 5 – najmniej ważną) albo zaznaczyć odpowiedź pierwszą – „Moje potrzeby są zaspokojone”.

- Moje potrzeby są zaspokojone
- Uzyskanie mieszkania
- Poprawa warunków mieszkaniowych
- Zakup / naprawa samochodu
- Możliwość poruszania się poza domem
- Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, rehabilitacyjne, środki pomocnicze
- Zaopatrzenie w leki
- Opieka lekarska / medyczna / rehabilitacyjna
- Pomoc w czynnościach codziennych
- Dostęp do asystenta osoby niepełnosprawnej / opiekuna
- Podwyższenie wykształcenia, kwalifikacji zawodowych
- Uzyskanie / zmiana pracy
- Możliwość realizacji własnych zainteresowań
- Uzyskanie pomocy finansowej
- Uzyskanie pomocy rzeczowej
- Inne, jakie? _____

METRYKA

1. Płeć

- Mężczyzna
- Kobieta

2. Rok urodzenia

3. Wykształcenie

- Wyższe
- Średnie ogólnokształcące
- Średnie zawodowe
- Zasadnicze zawodowe
- Gimnazjalne i niższe
- Bez wykształcenia

4. Stan cywilny

- Kawaler / Panna
- W związku małżeńskim
- W związku partnerskim
- W separacji
- Rozwiedziony / Rozwiedziona
- Wdowiec / Wdowa

5. Dzieci

- Liczba dzieci
- Brak dzieci

6. Liczba członków gospodarstwa domowego (wraz z Panem / Panią)

7. Czy jest Pan/Pani głową gospodarstwa domowego?

- Tak
- Nie

8. Miejsce zamieszkania

- Miasto
 - do 20 tysięcy mieszkańców
 - od 20 tysięcy do 50 tysięcy
 - od 50 tysięcy do 100 tysięcy
 - od 100 tysięcy do 200 tysięcy
 - 200 tysięcy i więcej mieszkańców
- Wieś

Województwo _____

Powiat _____

Gmina _____

9. Główne źródło utrzymania Pana/Pani gospodarstwa domowego w ciągu ostatniego roku

- Dochody z pracy
- Zasiłek dla bezrobotnych
- Renta z tytułu niezdolności do pracy, renta inwalidzka
- Renta socjalna
- Renta rodzinna
- Świadczenia pomocy społecznej
 - w tym dodatek / zasiłek pielęgnacyjny
- Świadczenia i zasiłki przedemerytalne
- Emerytura
- Inne
- Nie wiem

10. Orzeczenie o niepełnosprawności

- Znaczny stopień niepełnosprawności
- Umiarkowany stopień niepełnosprawności
- Lekki stopień niepełnosprawności
- Orzeczenie dla osób do 16 roku życia
- Brak orzeczenia lub brak aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności

11. Rodzaj niepełnosprawności

- Zaburzenia narządu słuchu / mowy
- Choroby narządu wzroku
- Choroby narządu ruchu
- Obniżona sprawność intelektualna
- Choroby psychiczne
- Inny

12. Niepełnosprawność istnieje:

- Od urodzenia → [przejdź do pytania 14.](#)
- Powstała w wyniku wypadku
- Powstała w wyniku choroby
- Inna przyczyna

13. Od ilu lat jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością:

W pytaniu należy odnieść się do faktycznego momentu stania się osobą z niepełnosprawnością, a nie do otrzymania orzeczenia o niepełnosprawności, gdy osoba takie orzeczenie posiada.

14. Proszę wskazać te wszystkie stwierdzenia, które są zgodne z Pana/Pani sytuacją:

a1. Posługuję się językiem migowym

Tak → [przejdź do pytania b1.](#)

Nie

a2. Czy byłaby potrzeba?

Tak

Nie

b1. Korzystam z transmitera FM lub innego urządzenia wzmacniającego dźwięk

Tak → [przejdź do pytania c1.](#)

Nie

b2. Czy byłaby potrzeba?

Tak

Nie

c1. Korzystam ze wzmacniacza głosu

Tak → [przejdź do pytania d1.](#)

Nie

c2. Czy byłaby potrzeba?

Tak

Nie

d1. Posługuję się systemem Bliss lub innym kodem obrazkowym

Tak → [przejdź do pytania e1.](#)

Nie

d2. Czy byłaby potrzeba?

Tak

Nie

e1. Posługuję się alfabetem palcowym / Lorma

Tak → [przejdź do pytania f1.](#)

Nie

e2. Czy byłaby potrzeba?

- Tak
 Nie

f1. Korzystam z oprogramowania, który umożliwia oglądanie telewizji z napisami

- Tak → [przejdź do pytania g1.](#)
 Nie

f2. Czy byłaby potrzeba?

- Tak
 Nie

g1. Posługuję się alfabetem Braille'a

- Tak → [przejdź do pytania h1.](#)
 Nie

g2. Czy byłaby potrzeba?

- Tak
 Nie

h1. Korzystam ze specjalnego oprogramowania umożliwiającego korzystanie z komputera mimo iż jestem osobą niewidomą lub niedowidzącą

- Tak → [przejdź do pytania i1.](#)
 Nie

h2. Czy byłaby potrzeba?

- Tak
 Nie

i1. Używam białej laski

- Tak → [przejdź do pytania k1.](#)
 Nie

i2. Czy byłaby potrzeba?

- Tak
 Nie

k1. Używam wózka inwalidzkiego

- Tak → [przejdź do pytania l1.](#)
 Nie

k2. Czy byłaby potrzeba?

Tak

Nie

I1. Używam protez

Tak → [przejdź do pytania m.](#)

Nie

I2. Czy byłaby potrzeba?

Tak

Nie

m. Jestem osobą leżącą, nie wstaję z łóżka lub wstaję bardzo rzadko

Tak

Nie

Osoba wypełniająca kwestionariusz

Osoba z niepełnosprawnością

Osoba z niepełnosprawnością wraz z opiekunem

Opiekun osoby z niepełnosprawnością

OCENA KWESTIONARIUSZA

Niniejsze badanie ma charakter pilotażowy. Oznacza to, że poza zebraniem danych, ankieta podlega ocenie w zakresie trudności, jaką stanowi dla osób ją wypełniających. Dlatego też prosimy o odpowiedź na poniższe pytania:

1. Proszę podać szacunkowy czas przeznaczony na wypełnienie kwestionariusza

(w minutach):

2. Czy w kwestionariuszu są stosowane pojęcia, które powinny być wyjaśnione, a obecnie nie są?

Tak

Proszę wskazać te pojęcia: _____

Nie

3. Czy w kwestionariuszu są pytania, które zostały sformułowane w sposób niejasny lub niezrozumiały?

Tak

Proszę wskazać te pytania, podając numer działu i numer pytania: _____

Nie