

**Ankieta wpływu zadań na beneficjentów i trwałość rezultatów
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2025**

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROGRAMU	
NAZWISKO I IMIĘ:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	

Prosimy o wypełnienie ankiety i ocenę wskazanych obszarów w ramach Programu w skali 5 – 1.
Oceny: 5 – najwyższa; 1 – najniższa.

I. POPRAWA FUNKCJONOWANIA W MIEJSCU ZAMIESZKANIA ORAZ W NAJBLIŻSZYM OTOCZENIU.

ZAKRES	OCENA				
Usługi oferowane w ramach Programu przyczyniły się do wsparcia / poprawy funkcjonowania w wykonywaniu czynności samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Usługi oferowane w ramach Programu przyczyniły się do wsparcia / poprawy funkcjonowania w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

II. ZWIĘKSZENIE MOŻLIWOŚCI ZASPOKAJANIA POTRZEB ORAZ WŁĄCZENIE W ŻYCIE SPOŁECZNE.

ZAKRES	OCENA				
Usługi oferowane w ramach Programu przyczyniły się do wsparcia / poprawy funkcjonowania w zakresie przemieszczania się poza miejscem zamieszkania.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Usługi oferowane w ramach Programu przyczyniły się do wsparcia / poprawy funkcjonowania w zakresie podejmowania aktywności życiowej i komunikowania się z otoczeniem.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

III. OGÓLNA OCENA PROGRAMU

ZAKRES	OCENA				
Czy uczestnik chciałby kontynuować wsparcie w ramach Programu w kolejnej edycji, tj. w 2026 roku.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Czy realizowane w ramach Programu wsparcie spełniło oczekiwania.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Miejscowość, data

.....

Podpis Uczestnika lub jego Opiekuna Prawnego
(w przypadku osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie)