

Szanowni Państwo,

od kilku, a nawet kilkunastu lat mam przyjemność współpracy z osobami niepełnosprawnymi z terenu naszego Powiatu (i nie tylko), a także z rodzinami i opiekunami tych osób. Przy każdej nadarzającej się okazji do spotkania (których w obecnych czasach jest zdecydowanie za mało), czy też rozmów przeprowadzanych w ramach codziennej współpracy otrzymujemy wiele sygnałów, wręcz obaw związanych z dalszym sprawowaniem opieki nad osobami zależnymi. Najbliżsi członkowie rodzin naszych Uczestników wyrażają obawy związane z tym co stanie się z ich podopiecznymi w sytuacji gdy ich zabraknie. Niestety statystyki demograficzne mówią same za siebie i są nieubłagalne. W większości jednoznacznie wskazują na ujemny przyrost naturalny, co jasno obrazuje starzenie się naszej lokalnej społeczności.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom i wsłuchując się w potrzeby Uczestników ŚDS w Nowych Litewnikach oraz ich najbliższego otoczenia zwracam się do Państwa z prośbą o rozważenie powstania ośrodka całodobowego wsparcia na terenie Powiatu Łosickiego. Zarówno ośrodki wsparcia dziennego jak i całodobowego takie jak ŚDS lub DPS funkcjonują z powodzeniem na terenie innych powiatów od ponad 20 lat. Z tego powodu jestem przekonany, że w naszym Powiecie taka inicjatywa znajdzie również swoich zwolenników.

W celu zdiagnozowania sytuacji w naszym Powiecie przedstawiam poniższą ankietę, z której wyniki pomogą nam w pewnym stopniu zobrazować problem. W zależności od wyników badań zamierzam w przyszłości zwrócić się z prośbą o udostępnienie danych związanych z liczbą zgonów i urodzeń w poszczególnych Gminach oraz uzupełnić informacje dot. osób niepełnosprawnych w Powiecie Łosickim w oparciu o dane z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności. W przypadku zainteresowania umieszczeniem osoby niepełnosprawnej ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym w całodobowym ośrodku wsparcia. Dołączam również wstępną deklarację uczestnictwa, która w jeszcze większym wymiarze pozwoli rozeznąć lokalne potrzeby w powyższym zakresie.

Z góry dziękuję i bardzo proszę o przekazanie wymienionych poniżej dokumentów do 31 października 2021 r. do ŚDS w Nowych Litewnikach lub pozostawienie ich w Ośrodkach Pomocy Społecznej. Po wcześniejszym kontakcie odbiorę dokumenty osobiście.

Z pozdrowieniami
Sylwester Siennicki

Ankieta diagnoza potrzeb

w zakresie całodobowego wsparcia osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Łosickiego

Poniższa ankieta skierowana jest do mieszkańców Powiatu Łosickiego zajmujących się opieką nad osobami z niepełnosprawnością oraz wszystkich osób z najbliższego otoczenia jak np. rodzin, sąsiadów, osób wspierających i działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami, w tym pracowników pomocy społecznej. Ankieta ma za zadanie zobrazowanie obecnej sytuacji w zakresie możliwości całodobowego wsparcia osób z niepełnosprawnościami na terenie Powiatu Łosickiego – ankieta jest anonimowa. Wyniki badania w głównej mierze posłużą przy ewentualnym ubieganiu się o środki na utworzenie Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego przy Środowiskowym Domu Samopomocy w Nowych Litewnikach lub w innym dogodnym miejscu na terenie Powiatu Łosickiego, które będzie miało na celu zapewnienie wsparcia w formie całodobowego pobytu.

Jednocześnie chciałbym zaznaczyć, że w ramach w/w programu istnieje możliwość również budowy od podstaw nowego ośrodka jak również adaptacji używanego, z zastrzeżeniem do 500 m² powierzchni całkowitej. W grę wchodzi także zakup nieruchomości na potrzeby inwestycji.

Z góry dziękuję za rzetelne wypełnienie ankiety.

I. Sytuacja Rodzinna

- 1. Czy w Pani/Pana rodzinie lub najbliższym otoczeniu znajdują się osoby z niepełnosprawnością?**

tak

nie

- 2. Czy w przypadku braku możliwości sprawowania opieki nad osobą zależną Pani/Pana podopieczna/y może liczyć na wsparcie ze strony członków rodziny lub najbliższego otoczenia?**

tak

nie

nie dotyczy

- 3. Czy Pani/Pan rozważał/a kiedykolwiek możliwość umieszczenia członka swojej rodziny w ośrodku zapewniającym całodobową opiekę?**

tak

nie

nie dotyczy

4. Czy w przypadku zdecydowania się na umieszczenie członka swojej rodziny w całodobowym ośrodku wsparcia ma dla Pani/Pana znaczenie odległość od miejsca zamieszkania?

- tak odległość ma duże znaczenie
- w żadnym wypadku odległość nie ma znaczenia
- trudno powiedzieć
- nie dotyczy

II. Sytuacja Zdrowotna

1. Czy obecna sytuacja zdrowotna pozwala na świadczenie niezbędnej opieki dla niepełnosprawnego członka Pani/Pana rodziny?

- tak
- nie
- w chwili obecnej tak, jednak za jakiś czas mogą nie podołać temu zadaniu
- nie dotyczy

2. Jaki stopień niepełnosprawności posiada Pani/Pana podopieczny?

- lekki
- umiarkowany
- znaczny
- nie dotyczy

3. Jaka jest przyczyna niepełnosprawności Pani/Pana podopiecznego (można wymienić kilka)?

.....
.....

4. Czy uwzględniając sytuację zdrowotną Pani/Pana podopiecznego jest on/a w stanie samodzielnie funkcjonować?

- tak
- nie
- nie dotyczy

III. Sytuacja Materialna

1. Czy w przypadku umieszczenia niepełnosprawnego członka rodziny w całodobowym ośrodku wsparcia jest Pani/Pan w stanie ponieść koszty odpłatności z tego tytułu?

- nie jestem w stanie ponieść kosztów pobytu
- jestem w stanie przeznaczyć 25% świadczeń mojego podopiecznego
- jestem w stanie przeznaczyć 75% świadczeń mojego podopiecznego
- jestem w stanie pokryć całość kosztów utrzymania mojego podopiecznego niezależnie od kwoty
- nie dotyczy

2. Czy otrzymywane w chwili obecnej świadczenia pozwalają na utrzymanie i zabezpieczenie podstawowych potrzeb życiowych Państwa rodziny?

- nie pozwalają nawet na zabezpieczenie niezbędnych potrzeb
- pozwalają zaledwie w niewielkim stopniu
- pozwalają częściowo zabezpieczyć niezbędne potrzeby
- pozwalają całkowicie zabezpieczyć niezbędne potrzeby
- z nadwyżką pozwalają zabezpieczyć niezbędne potrzeby
- nie dotyczy

IV. Potrzeby w zakresie wsparcia

1. Czy w Pani/Pana opinii utworzenie ośrodka wsparcia całodobowego na terenie powiatu łosickiego jest potrzebne?

- zdecydowanie tak jest taka konieczność
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie ma takiej potrzeby

2. Czy w Pani/Pana przypadku istnieje możliwość korzystania z usług ośrodka wsparcia dziennego (jeżeli tak to jaki)?

tak – (proszę o wskazanie ośrodka wsparcia dziennego np. ŚDS, WTZ itp.)

.....

nie

3. Jakie są Pani/Pana oczekiwania względem skierowania wsparcia ze strony samorządów gminnych, powiatowych oraz innych rządowych instytucji?

.....

.....

.....

.....

4. Gdyby na terenie Powiatu Łosickiego miał powstać ośrodek całodobowego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością, w której z Gmin miałby w Pani/Pana ocenie najbardziej korzystną lokalizację?

Miasto i Gmina Łosice

Gmina Olszanka

Gmina Platerów

Gmina Huszlew

Gmina Stara Kornica

Gmina Sarnaki

Żadna z w/w

V. Metryczka

1. Płeć

- Kobieta
- Mężczyzna

2. Wiek

- 18-30 lat
- 31-40 lat
- 41-50 lat
- 51-60 lat
- powyżej 60 lat

3. Miejsce zamieszkania

- wieś
- miasto

4. Anonimowe dane dot. ankietowanych

- osoba z niepełnosprawnością
- członek rodziny lub najbliższego otoczenia osób z niepełnosprawnościami
- przedstawiciel instytucji pomocy społecznej OPS, PCPR, ŚDS, inne
- przedstawiciel władz samorządowych na szczeblu Powiatowym/Gminnym
- inne, jakie

VI. Miejsce na dodatkowe uwagi/informacje

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**WSTĘPNA DEKLARACJA UCZESTNICTWA
W CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNYM**

Deklaruje udział w całodobowym ośrodku wsparcia natychmiast po jego ewentualnym utworzeniu*

Deklaruje udział w całodobowym ośrodku wsparcia w przyszłości*

.....

(podpis)

* Powyższe deklaracje nie mają skutku prawnego oraz nie roszczą zobowiązań finansowych. Pozwalają jednak w pewnym stopniu określić potrzebę realizacji takiej inwestycji.

* Wypełnienie deklaracji dotyczy wyłącznie osób zainteresowanych objęciem ewentualnym wsparciem, nie jest obowiązkowa.