



Ankieta dotycząca naboru do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnej- edycja 2024

Imię i nazwisko

Adres

	TAK	NIE
1. Czy korzysta Pan/Pani z usług opiekuńczych w GOPS Piecki?		
2. Czy był/była Pan/Pani uczestnikiem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2022?		
3. Czy był/była Pan/Pani uczestnikiem Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023?		
4. Czy był/była Pan/Pani uczestnikiem Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2023?		
5. Czy uczęszcza Pan/Pani do Środowiskowego Domu Samopomocy w Pieckach?		
6. Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?		
7. Czy członek Pana/Pani rodziny jest uprawniony/a do świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu opieki nad Panem/Panią?		

Podpis