



## A N K I E T A

### POTRZEB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

#### IMIĘ I NAZWISKO

.....

#### WIEK:

.....

#### ZAINTERESOWANIA

.....

.....

#### 1. Czas powstania niepełnosprawności:

- od urodzenia       w wyniku wypadku       w wyniku choroby

#### 2. Posiadany stopień niepełnosprawności:

- znaczny stopień niepełnosprawności/I grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji
- umiarkowany stopień niepełnosprawności/II grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy

#### 3. Rodzaj niepełnosprawności:

- osoba niewidoma
- osoba słabowidząca
- osoba niedostysząca
- osoba niepełnosprawna ruchowo poruszająca się na wózku inwalidzkim
- inne schorzenia - proszę podać jakie

.....

.....

**4. Czy korzysta Pan/Pani ze wsparcia środowiskowego na terenie miasta?**

tak, jakiego.....

nie

**5. Czy korzysta Pan/Pani z pomocy finansowej ze strony instytucji publicznych?**

nie

tak, proszę podać, z jakiej pomocy Pan(i) korzysta:

renta socjalna

renta z tytułu niezdolności do pracy

renta rodzinna

świadczenia rodzinne

zasiłek stały

zasiłek dla bezrobotnych

inne: .....

**6. Czy należy Pan/Pani lub działa w organizacji pozarządowej?**

nie

tak, proszę podać nazwę organizacji: .....

.....  
.....

**7. W jakim budynku Pan/Pani mieszka?**

Można zaznaczyć max dwie odpowiedzi

w domku jednorodzinnym

w budynku do 3 piętra

w budynku powyżej 3 piętra

w budynku wyposażonym w windę

w budynku bez windy

innym, proszę wpisać jakim?

.....

**8. Ile osób mieszka wspólnie z Panem/Panią?**

- |                            |                                        |
|----------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3             |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 4             |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 5 lub powyżej |

**9. Jak najczęściej porusza się Pan/Pani w domu?**

- poruszam się samodzielnie
- poruszam się samodzielnie korzystając z pomocy, np. kul, balkonika
- poruszam się korzystając z pomocy innej osoby poruszam się na wózku inwalidzkim
- jestem osobą leżącą

**10. Jak często wychodzi Pan/Pani z domu?:**

- codziennie
- kilka razy w tygodniu
- kilka razy w miesiącu
- jestem osobą niewychodzącą

**11. Proszę zaznaczyć, jakie bariery utrudniają Panu/Pani wychodzenie z domu, w którym Pan/Pani mieszka:**

można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź

- |                                                             |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy, nie ma takich barier  | <input type="checkbox"/> wysokie krawężniki                                                      |
| <input type="checkbox"/> brak windy                         | <input type="checkbox"/> brak podjazdu                                                           |
| <input type="checkbox"/> brak poręczy                       | <input type="checkbox"/> brak ławek do odpoczynku przed dalszą drogą                             |
| <input type="checkbox"/> schody                             | <input type="checkbox"/> brak możliwości podjechania samochodem pod dom inne utrudnienia, jakie? |
| <input type="checkbox"/> nierówny chodnik/dziury w chodniku |                                                                                                  |

12. Proszę wskazać najczęstsze kierunki wyjścia z domu:

- |                                                 |                                |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> praca / szkoła         | <input type="checkbox"/> urząd |
| <input type="checkbox"/> lekarz / rehabilitacja | <input type="checkbox"/> inne  |

13. Czy porusza się Pan/Pani po mieście samodzielnie tj. bez udziału osób trzecich?

- często
- rzadko
- nigdy

W przypadku udzielenia odpowiedzi rzadko lub nigdy proszę wskazać dlaczego?

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

14. Czy korzysta Pan/Pani z funkcjonującej na terenie miasta komunikacji miejskiej?

- często
- rzadko
- nigdy

W przypadku udzielenia odpowiedzi rzadko lub nigdy proszę wskazać dlaczego

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

.....  
(Imię i nazwisko)



Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie o ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE [zwanym dalej RODO] informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zleceniodawca: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku
2. wyznaczony został inspektor ochrony danych, z którym można się kontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw przez adres e-mail: e.zubka@mopr.slupsk.pl, tel. 59 8142843 lub pisemnie na adres, wskazany w pkt 1;
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonania umowy zlecenia, w szczególności praw i obowiązków z niej wynikających, ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. "b" i "c" RODO, w związku z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub podmioty, z którymi administrator będzie miał zawarte umowy o świadczenie usług;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres świadczenia usługi, a po jego zakończeniu do czasu upływu okresu przedawnienia roszczeń majątkowych, przedawnienia należności publicznoprawnych z tytułu podatków i składek na ubezpieczenia społeczne, chyba że z aktualnie obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych będzie wynikało prawo lub obowiązek przechowywania przez dłuższy okres;
6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO oraz inne przepisy o ochronie danych osobowych;
8. podane przez Panią/Pana dane osobowe są niezbędne do wykonania umowy zlecenia oraz wypełnienia obowiązku prawnego przez administratora;

.....

Imię i nazwisko