

BADANIE POTRZEB OSÓB W SPEKTRUM AUTYZMU NA MAZOWSZU – MIESZKALNICTWO

Instrukcja

Niniejsza ankieta ma na celu wskazanie problemów osób w spektrum autyzmu dotyczących mieszkalnictwa i form wsparcia w tym zakresie na terenie Mazowsza. Posłuży ona do sporządzenia raportu, który Fundacja SYNAPSIS przedstawi władzom samorządowym. Ankieta skierowana jest do pełnoletnich osób w spektrum autyzmu mieszkających na Mazowszu oraz ich rodziców i opiekunów.

W pytaniach zamkniętych prosimy o zaznaczenie wyłącznie jednej odpowiedzi. W pytaniach, gdzie można wybrać więcej niż jedną odpowiedź, opcja ta jest wyraźnie zaznaczona. Wypełnienie ankiety jest całkowicie dobrowolne.

Dla ułatwienia w udzielaniu odpowiedzi, w pytaniach w kolejnych sekcjach osoba w spektrum autyzmu nazywana jest „Uczestnikiem”.

** Pytania oznaczone gwiazdką są wymagane*

1. Osoba wypełniająca ankietę jest: *

- Osobą w spektrum autyzmu
- Rodzicem osoby w spektrum autyzmu
- Inną osobą wspierającą (np. rodzeństwem, partnerem/ką, innym opiekunem)

2. Rok urodzenia Uczestnika: *

.....

3. Płeć Uczestnika:

- Kobieta
- Mężczyzna
- Inna

4. Powiat, w którym mieszka Uczestnik: *

.....

5. Dzielnica, w której mieszka Uczestnik – dotyczy osób mieszkających w Warszawie (osoby, które nie mieszkają w Warszawie proszone są o wybranie opcji: „Nie dotyczy”):

*

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bemowo | <input type="checkbox"/> Ursus |
| <input type="checkbox"/> Białołęka | <input type="checkbox"/> Ursynów |
| <input type="checkbox"/> Bielany | <input type="checkbox"/> Wawer |
| <input type="checkbox"/> Mokotów | <input type="checkbox"/> Wesoła |
| <input type="checkbox"/> Ochota | <input type="checkbox"/> Wilanów |
| <input type="checkbox"/> Praga Południe | <input type="checkbox"/> Włochy |
| <input type="checkbox"/> Praga Północ | <input type="checkbox"/> Wola |
| <input type="checkbox"/> Rembertów | <input type="checkbox"/> Żoliborz |
| <input type="checkbox"/> Śródmieście | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| <input type="checkbox"/> Targówek | |

6. Czy Uczestnik komunikuje się za pomocą mowy? *

-
- Tak
-
- Nie

7. Jeśli nie, to czy Uczestnik kontaktuje się w sposób intencjonalny (za pomocą np. pisma, piktogramów, gestów, dźwięków, wzroku wyraża swoje potrzeby, emocje)? *

-
- Tak
-
- Nie

8. Czy Uczestnik jest ubezwłasnowolniony?

-
- Tak, całkowicie
-
-
- Tak, częściowo
-
-
- Nie, ale planowane jest ubezwłasnowolnienie
-
-
- Nie

9. Uczestnik w dniu wypełniania ankiety ma: *

- Oboje rodziców
- Jednego rodzica
- Nie ma rodziców
- Inna sytuacja

10. Jeśli inna sytuacja, to jaka? *

.....

.....

11. Rok urodzenia żyjących rodziców Uczestnika: *

.....

STAN ZDROWIA I WSPARCIE EKONOMICZNE**12. Czy Uczestnik posiada orzeczenie o niepełnosprawności? ***

- Tak
- Nie

13. Jeśli nie, to jaki jest powód braku orzeczenia? *

.....

14. Jeśli tak, to jaki stopień niepełnosprawności jest zawarty w orzeczeniu? *

- Lekki
- Umiarkowany
- Znaczny

15. Jaka jest przyczyna niepełnosprawności ujęta w orzeczeniu? *

Można wybrać kilka odpowiedzi.

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01-U | <input type="checkbox"/> 07-S |
| <input type="checkbox"/> 02-P | <input type="checkbox"/> 08-T |
| <input type="checkbox"/> 03-L | <input type="checkbox"/> 09-M |
| <input type="checkbox"/> 04-O | <input type="checkbox"/> 10-N |
| <input type="checkbox"/> 05-R | <input type="checkbox"/> 11-I |
| <input type="checkbox"/> 06-E | <input type="checkbox"/> 12-C |

16. Czy Uczestnik posiada orzeczenie na stałe? *

- Tak Nie

17. Jeśli nie, to jaka jest data ważności orzeczenia? (miesiąc/rok) *

.....

18. Jaka jest diagnoza Uczestnika w spektrum autyzmu? *

- Autyzm, autyzm dziecięcy
 Autyzm atypowy
 Zespół Aspergera
 Całościowe zaburzenia rozwojowe
 Inne

19. Czy stwierdzono dodatkowo niepełnosprawności, schorzenia nieuwzględnione w kodach przyczyn niepełnosprawności? *

- Tak Nie

20. Jeśli tak, to jakie? *

.....

21. Czy Uczestnik otrzymuje rentę socjalną?

- Tak Nie

22. Czy Uczestnik otrzymuje świadczenie uzupełniające (500+)?

- Tak Nie

SYTUACJA SPOŁECZNA**23. Czy Uczestnik korzysta ze wsparcia placówki dziennego pobytu? ***

(Przez placówkę dziennego pobytu rozumie się instytucję, z której Uczestnik korzysta po zakończeniu edukacji, w wymiarze przynajmniej trzy razy w tygodniu).

- Nie, pozostaje w domu
 Tak, uczęszcza do Środowiskowego Domu Samopomocy lub korzysta z Warsztatu Terapii Zajęciowej
 Tak, korzysta z innej placówki dziennej
 Żadna z powyższych opcji

24. Czy Uczestnik uczęszcza do placówki edukacyjnej? *

- Tak Nie

25. Czy Uczestnik kiedykolwiek pracował zawodowo? *

- Nie
 Tak, na otwartym rynku pracy
 Tak, na chronionym rynku pracy (Zakład Aktywności Zawodowej, Zakład Pracy Chronionej)

MIESZKALNICTWO

Mieszkalnictwo wspomagane w rozumieniu niniejszej ankiety to forma wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami będąca alternatywą do domów pomocy społecznej. Oznacza zamieszkanie użytkownika w mieszkaniu lub domu, samodzielnie lub w grupie, na stałe lub okresowo. Usługi w ramach mieszkalnictwa wspomaganego świadczone są w zakresie niezbędnym do realizowania czynności dnia codziennego w sposób bezpieczny i adekwatny do stopnia samodzielności każdej osoby, ale przy jednoczesnym zachowaniu autonomii mieszkańca. Asystenci lub opiekunowie dostosowują rodzaj i zakres wsparcia do

indywidualnych potrzeb mieszkańców. Niektórzy potrzebują wsparcia przez całą dobę w sposób ciągły, a inni doraźnie w mniejszym wymiarze czasu.

W ramach mieszkalnictwa wspomaganego wyróżniamy następujące rodzaje:

- mieszkania chronione treningowe (pobyt wyłącznie okresowy, turnus polega na przygotowaniu uczestnika do życia samodzielnego)
- mieszkania chronione wspierane (pobyt stały)
- inne mieszkania wspomagane (pobyt okresowy lub stały)
- wspomagane społeczności mieszkaniowe (zespół mieszkań z częścią wspólną, pobyt stały, indywidualny).

Wsparcie świadczone przez asystenta może mieć wymiar całodobowy lub czasowy (od kilkunastu godzin dziennie do kilku godzin miesięcznie), mieć charakter indywidualny lub rozłożony na parę mieszkańców.

Mieszkalnictwo wspomagane dla osób wymagających szczególnie intensywnego wsparcia ze względu na ograniczoną samodzielność poznawczą i decyzyjną musi uwzględniać konieczność pomocy również w tym zakresie.

26. Czy Uczestnik korzysta/korzystał z mieszkania wspomaganego? *

- Tak Nie

27. Jeśli tak, to w jakiej formie? *

- Mieszkanie chronione treningowe
- Mieszkanie chronione wspierane
- Wspomagane społeczności mieszkaniowe
- Inne mieszkanie wspomagane

28. Proszę wskazać, kiedy może wystąpić potrzeba zamieszkania Uczestnika na stałe w mieszkaniu wspomaganym (w ocenie osoby wypełniającej ankietę): *

- W tym roku (2023)
- W perspektywie dwóch lat (do 2025)
- W perspektywie pięciu lat (do 2028)
- W perspektywie dziesięciu lat (do 2033)
- W perspektywie piętnastu lat (do 2038)

- W perspektywie dwudziestu lat (do 2043)
- W perspektywie ponad dwudziestu lat
- Nie przewiduję takiej potrzeby

29. Jakiego rodzaju wsparcia oczekivaliby Państwo w mieszkaniu wspomaganym? *
Proszę wybrać jedną opcję.

- Wsparcie całodobowe, w ciągu aktywności dziennej indywidualne
- Wsparcie całodobowe, w ciągu aktywności dziennej dwie osoby wspierające na trzech mieszkańców
- Wsparcie całodobowe, w ciągu aktywności dziennej jedna osoba wspierająca na od trzech do pięciu mieszkańców
- Wsparcie tylko w ciągu aktywności dziennej w wymiarze kilku godzin dziennie

30. Proszę ponumerować od najważniejszej do najmniej ważnej kwestii dotyczącej mieszkania wspomaganego (1 – najważniejsza, 9 – najmniej ważna): *

..... Bliskość terenów rekreacyjnych

..... Bliskość połączeń komunikacji publicznej

..... Usytuowanie mieszkania/domu w spokojnym miejscu (z dala od ruchliwych ulic, placów zabaw dla dzieci)

..... Bliskość placówek dziennego wsparcia

..... Świadczenie usług z wykorzystaniem środków ułatwionej komunikacji (pismo, piktogramy)

..... Zainstalowanie urządzeń i rozwiązań niezbędnych w związku ze szczególnymi potrzebami Uczestnika¹

¹ zainstalowanie urządzeń i rozwiązań niezbędnych w związku ze szczególnymi potrzebami Uczestnika to np. ograniczenia dostępu do kucharek, gniazdek elektrycznych, czajników i innego elektrycznego sprzętu domowego, ograniczenia dostępu do substancji chemicznych domowego użytku, ograniczenia pełnego dostępu do produktów spożywczych w przypadku skłonności mieszkańca do jedzenia ich w sposób lub w ilości zagrażającej zdrowiu, ograniczenia jednorazowego zużycia wody w przypadku skłonności do stałego odkręcania kranów, użycie szczególnie trwałych materiałów i wyposażenia w przypadku skłonności do niszczenia przedmiotów, użycie wyposażenia bez rogów i kantów w przypadku skłonności do autoagresji i inne

..... Świadczenie usług z wykorzystaniem języka migowego, systemu językowo-migowego lub sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych

..... Pełna dostępność architektoniczna (szerokie drzwi, łazienki dostosowane dla osób poruszających się na wózkach)

..... Instalacja urządzeń lub innych środków technicznych do komunikacji z osobami słabosłyszącymi

INFORMACJE KOŃCOWE

31. Uwagi dodatkowe – prosimy wypełnić, jeśli mają Państwo do dodania coś, co uznają Państwo za istotne w kwestii mieszkalnictwa i wsparcia osób w spektrum autyzmu, a nie zostało ujęte w ankiecie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

32. Data wypełnienia ankiety (dzień/miesiąc/rok): *

.....