**ANKIETA**

W związku z zamiarem ubiegania się przez Gminę Puck o uzyskanie dofinansowania na rozwój usług społecznych w obszarze polityki senioralnej zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie niniejszej anonimowej ankiety w celu zbadania potrzeb i oczekiwań mieszkańców gminy:

1. **Jestem mieszkańcem Gminy Puck (zaznacz krzyżykiem):**

|  |  |
| --- | --- |
| W wieku do 60 r. życia |  |
| Powyżej 60 r. życia |  |

**2. Czy uważa Pani/Pan za potrzebne utworzenie na terenie Gminy Puck -zaznaczyć krzyżykiem wybrane (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)**

|  |  |
| --- | --- |
| a) Dziennego Domu Pobytu dla seniorów (czynnego 8 godzin dziennie od poniedziałku do piątku) z zapewnioną opieką, dojazdem i wyżywieniem |  |
| b) Klubów Seniora (czynnych 4 godzinny dziennie) to jest miejsc spotkań osób starszych w celu przeciwdziałania osamotnieniu i marginalizacji seniorów |  |
| c) Punktu Informacji dla seniorów i ich rodzin/opiekunów zapewniającego pomoc w uzyskaniu informacji umożliwiających poruszanie się po różnych systemach wsparcia, z których korzystanie jest niezbędne dla sprawowania wysokiej jakości opieki i odciążenia opiekunów |  |
| d) wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego |  |

**3. Czy Pani/Pan albo członek Pani/Pana rodziny zamierza skorzystać z jednej lub kilku form pomocy (zaznaczyć krzyżykiem jakiej, można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)**

|  |  |
| --- | --- |
| a) Dziennego Domu Pobytu dla seniorów (czynnego 8 godzin dziennie od poniedziałku do piątku) z zapewnioną opieką, dojazdem i wyżywieniem |  |
| b) Klubów Seniora (czynnych 4 godzinny dziennie) to jest miejsc spotkań osób starszych w celu przeciwdziałania osamotnieniu i marginalizacji seniorów |  |
| c) Punktu Informacji dla seniorów i ich rodzin/opiekunów zapewniającego pomoc w uzyskaniu informacji umożliwiających poruszanie się po różnych systemach wsparcia, z których korzystanie jest niezbędne dla sprawowania wysokiej jakości opieki i odciążenia opiekunów |  |
| d) wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego |  |

**4. Jestem zainteresowany skorzystaniem z wyżej wymienionych form pomocy:**

|  |  |
| --- | --- |
| osobiście |  |
| dla członka rodziny/osoby którą się opiekuję |  |