**hledáte podporu pro sebe nebo svého bLízkého? PoMoZte nám.**

**KDO:****Sociální odbor Městského úřadu Hlinsko** v rámci *Komunitního plánování sociálních služeb
a souvisejících aktivit na území ORP Hlinsko* provádí **šetření mezi občany o chybějící sociální pomoci**.

**CO:** V dotazníku určete, **jakou podporu a pomoc postrádáte na Hlinecku Vy nebo někdo z Vašich blízkých**. Ať už jde o péči, pomoc ve složité osobní nebo rodinné situaci nebo zajištění možnosti se setkávat, aktivně trávit volný čas a předávat si životní zkušenosti.

**JAK VYPLNIT:** **Do 1 dotazníku se zaznamenává situace 1 osoby.** Osobu, která postrádá podporu/pomoc zařadíte do jedné nebo více nabízených skupin①. Následně odhadnete intenzitu② a podobu pomoci③, která jí schází. Využijte prosím prostor k upřesnění④. Je žádoucí, aby se v rodině odpovědi k jedné osobě nezdvojovaly. Elektronický dotazník naleznete pod QR kódem nebo na stránce: <https://www.click4survey.cz/s4/50590/bf251571>

**JAK ODEVZDAT:** Sběr odpovědí uzavíráme ke dni **29. 7. 2022**.Vyplněný dotazník vložte do obálky označené *„dotazník-sociální odbor“* a vhoďte do **schránky Vašeho obecního úřadu** nebo **sběrné schránky na budově MÚ Hlinsko na Poděbradově nám. 1570, Hlinsko 539 23** (označené*„sběr dotazníků“),* kam je možné rovněž dotazník odeslat poštou. V případě, že se chcete osobně poradit o chybějící pomoci, zajděte na sociální odbor, do 1. patra na této adrese. **Pokud v dotazníku uvedete své telefonní číslo, ozveme se Vám zpět** (nejpozději v průběhu srpna).

Děkujeme Vám za spolupráci!
 *Odbor sociálních věcí, školství a zdravotnictví MÚ Hlinsko*

|  |  |
| --- | --- |
| **①PRO KOHO** (zaškrtněte, kdo bude potřebovat podporu; pro upřesnění je možné zvolit více možností):[ ]  senior[ ]  osoba se zdravotním postižením (**zakroužkujte** **typ/y**:  *duševní, mentální, tělesné, smyslové, PAS*)[ ]  osoba pečující o blízkého člověka[ ]  dítě/dospívající/rodina s dětmi[ ]  osoba v krizové situaci (náhlé životní změny, násilí apod.)[ ]  osoba zasažená chudobou[ ]  osoba ohrožená některou ze závislostí  | **②INTENZITA A TYP PODPORY** (zaškrtněte četnost pomoci):[ ]  krátkodobá/individuální (typu: poradenství)[ ]  dlouhodobá/individuální (typu: provázení-nácvik-terapie)[ ]  pravidelná/skupinová (typu: volný čas-vzájemná podpora)[ ]  nepravidelná (typu: péče-zdraví-sebeobsluha)[ ]  pravidelná (typu: péče-zdraví-sebeobsluha)[ ]  nepřetržitá/nonstop (typu: péče-zdraví-sebeobsluha) |
| **③ FORMA POMOCI** (zaškrtněte tu, kterou byste upřednostnili):[ ]  terénní (přímo doma/online/v prostředí mimo instituce)[ ]  ambulantní (pomoc přes den v centru/v poradně)[ ]  krátkodobý pobyt v zařízení („odlehčení“ na dny/týdny)[ ]  kombinace (terénní + ambulantní + příp. krátkodobý pobyt)[ ]  dlouhodobý pobyt v zařízení (na měsíce/roky) | **④ UPŘESNĚNÍ** **SITUACE** (uveďte, co důležitého nezaznělo):**Z obce** (nepovinné):**Kontaktní telefon** (nepovinné): |