**ПРАШАЛНИК**

Основната цел на овој прашалник е да се детектираат потребите на семејстватасо деца со попреченост кои живеат на територијата на Општина Аеродром.

Сите податоци добиени во прашалникот ќе се користат исклучиво во функција на изработка на стратегии, програми и обезбедување на бенефиции за жителите на Општина Аеродром (обуки за родители, услуги кои се потребни за семејствата, сервиси за семејствата за подобрување на квалитетот на животот итн.)

Со податоците ќе се постапува согласно Законот за заштита на личните податоци, па користењето на лични податоци е безбедно и заштитено.

Доколку не сакате да го впишете вашето име, презиме и телефон, Ве молиме оставете контакт емаил адреса за да можеме да Ве контактираме и информираме за програми или активности за кои сте сте навеле дека сте заинтересирани и кои ви се потрребни.

1. Име и презиме (родител)

Родител/Старател\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_

Лице/Дете со посебни потреби\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Година на раѓање на родителот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Година на раѓање на лицето/детето со посебни потреби\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Бр. на членови во семејството\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
4. Телефонски број \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Емаил контакт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Адреса на живеење\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Дали сте во редовен работен однос? Да He
8. Дали некој друг член од поширокото семејството придонесува во семејниот буџет? Да He
9. Дијагноза/група, (поддијагнози), возраст на дијагностицирање

* Дијагноза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Дополнителнидијагнози\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Возраст на дијагностицирање\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Институција која го дијагностициралa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Лица/Деца без соодветна дијагноза (опишете ги знаците на нетипишен развој)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Кои лекарски експерти се вклучени во водењето на вашето дете

Матичен лекар Да НЕ

Специјалисти Да НЕ

Суб- специјалисти Да НЕ

Странски центри Да НЕ

Друго \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Наведете кои терапии и методи користи вашето дете и заокружете дали е на товар на ФЗО или приватно ја плаќате?

Лекови Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Витаминска Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Дефектолошка Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Логопедска Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Физикална Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Окупациона(работна) Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Психолог Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Социолог Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Сензорна Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Музико Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Спорт Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Хидротерапија Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Јавање Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Хипербарична комора Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Друго, наведете \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ништо од горенаведеното \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Која од терапиите ви е препишана од доктор?

Лекови Да НЕ

Витаминска Да НЕ

Дефектолошка Да НЕ

Логопедска Да НЕ

Физикална Да НЕ

Окупациона Да НЕ

Психолог Да НЕ

Социолог Да НЕ

Сензорна Да НЕ

Музико Да НЕ

Спорт Да НЕ

Хидротерапија Да НЕ

Јавање Да НЕ

Хипербарична комора Да НЕ

Друго, наведете \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ништо од горенаведеното \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дали сте применувале некаква метода во лекувањето на вашето дете (наведете која)?

­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дали вашето дете е корисник на помагала и асистенција и на кој начин ви е обезбедена помошта (заокружете)

ортопедски помагала Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

ортопедски чевли Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

респираторна асистенција Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

потрошен материјал Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

помагала за транспорт Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Нешто друго, наведетекои помагала и дали ги добивате на товар на фондот или приватно

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дали вашето дете било подложено на оперативни зафати, рехабилитации, бањска рехабилитација?

оперативни зафати Да НЕ ФЗО Приватно друг начин,

специфични рехабилитации Да НЕ ФЗО Приватно друг начин,

бањска рехабилитација Да НЕ ФЗО Приватно друг начин

Нешто друго, наведетеи дали ги добивате на товар на фондот или приватно

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дали сте корисници на социјална помош, туѓа нега, нега на трето лице, посебен додаток

социјална помош Да НЕ

туѓа нега Да НЕ

нега на трето лице Да НЕ

посебен додаток Да НЕ

право на скратно работно време Да НЕ

додаток за глувост Да НЕ

додаток за лица со оштетен вид Да НЕ

мобилност Да НЕ

Нешто друго, наведете \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Информации за предшколска возраст**

-Дали дететопосетува/ло градинка Да Не

-Центар за згрижување Да He

- Приватен центар за згрижување Да He

- Во домот со член на семејството Да He

- Во домот со дадилка Да He

- Друг тип на згрижување­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-Дали оди со придружба Да He

1. **Дали е корисник на услугите на Специјални центри**

Центар за церебрална Да Hе

Центар за аутизам Да He

Центри за ментална попреченост Да He

Монтесори центар Да He

Ништо од горенаведеното Да

Друг вид на центар, наведете кој \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **На кој начин беше згрижено детето во претшколска возраст**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Информации за школски возраст на децата со посебни потреби**

Дали вашето дете посетува

-Редовно училиште Да He

-Специјално училиште Да He

-Не посетува училиште Да He

1. Дали вашето дете оди на училиште со придружба Да He
2. Дали има потреба од специфичен придружник (асистент) во образование

Дефектолог Да He

Медицинска сестра Да He

Физиотерапевт Да He

Психолог Да He

Педагог Да He

Општ Асистент

(за тоалет,трансфер итн) Да He

1. Дали користи асистивна технологија на училиште Да He
2. Дали има потреба од асистивна технологија Да He
3. Дали имате потреба од потреба од адаптации во училиште?Каква?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Наведете кои се адаптации ги има вашето училиште

Рампа Да He

Пристапност до 1 спрат Да He

Пристапност до 2 спрат Да He

Адаптиран тоалет Да He

Адаптиран мебел Да He

Држачи,ракохвати Да He

Безбедносни огради Да He

Посебна просторија за менџирање на состојбата на вашето дете Да He

Нешто друго, наведете \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ништо од горенаведеното \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дали сметате дека имате потреба од систем за учење од дома (Home schooling)

Да He

1. Доколку вашето дете е во инклузивно редовно образование , наведете колку деца вкупно брои одделението и колки деца има со посебни потреби вклучувајќи го и вашето

* Број на деца во одделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Број на деца со посебни потреби\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дали имате потреба од превоз до образование, до здравствена институција, до центри за рехабилитација, до др. вид терапии

Да He

1. Каков превоз користите?

-сопствен,

- јавен,

-комбе за инвалиди,

-организиран превоз од општината,

-платен превоз од општината за користење на сопствено возило или

-ништо од горенаведеното

1. Дали некогаш вашето дете било дискриминирано по основ на попреченост?

Да He

1. Дали сте имале поднесено предмет за дискриминација во комисијата за дискриминација?

Да He

1. Во која област најтешко ги остварувате правата на Вашето дете (1 е најтешко ги остварувам, а 5 најлесно)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Здравство |  |  |  |  |  |
| Образование |  |  |  |  |  |
| Социјална заштита |  |  |  |  |  |

1. За што имате најмногу потреба од помош (пр. адаптација на простор, правна помош, центри за згрижување на возрасни лица со попречености, спцијализирани обуки ....)?

* Адаптација на простор (училиште, градинка, институција
* Патронажна посета (персонален асистент) во домашни услови
* Персонален асистент во градинка
* Персонален асистент во образование (личен )
* Персонален асистент во образование (образовен )
* Социјален работник во клиниките за заштита и застапување на правата на пациентите
* Правна помош за остварување на одредени права
* Обука за родители
* Родителска поддршка за разменување на искуства
* Психолошка поддршка
* Обуки за професионална преквалификација
* Обуки за терапии
* Поддршка - обуки за наставниците во инклузивно образование или родителите на децата со типичен развој
* Згрижувачки центри
* Днени Центри
* Центри за самостојно живеење
* Центри за згрижување на возрасни лица со посебни потреби
* Специјализирани обуки
* Ништо од горенаведеното
* Друго (наведете што друго) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Доколку наведовте специјализирани обуки наведете какви

-------------------------------------------------------------------------------

1. Дали сте член на некое здружение?

ДА НЕ

1. Ако одговорот на претходното прашање е да, Ве молиме наведете во кое/кои?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Доколку во Општина Аеродорм постои соодветен Дневен Центар дали би го носеле Вашето дете ?

ДА НЕ

1. Доколку би го носеле Вшаето дете во Дневен Центар на колку време би било тоа?

* 1 – 2 часа дневно
* 2 – 4 часа дневно
* Повеќе од 4 часа дневно

1. Што , според вас, треба да биде приоритет на Општината за да ви обезбеди поквалитено живеење на вас и Вашето семејство

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_