Ankieta dotycząca funkcjonowania dziecka autystycznego w rodzinie.

Rok 2021

1. Płeć dziecka

 dziewczynka

 chłopiec

1. Wiek dziecka

1. Miejsce dziecka wśród rodzeństwa

 Najstarsze

 Średnie

 Najmłodsze

 Jedynak

1. Kto (nazwisko lekarza)i gdzie ( nazwa placówki) i kiedy ( data) zdiagnozował autyzm u dziecka ?
2. Jak brzmiała postawiona diagnoza

 autyzm

 autyzm oraz upośledzenie umysłowe

 autyzm atypowy

 zespół Aspergera

 inna (jaka?)

1. Do jakiego rodzaju placówki edukacyjnej uczęszcza dziecko w jakich godzinach? Proszę podać dokładną nazwę i miejsce.

 nie uczęszcza; Dlaczego……………………………………………………………...

 korzysta z nauczania indywidualnego. Jak często………………,

W jakich godzinach………………………………………………………………………

 uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej numer……………………………

W jakich godzinach………………………………………………………………………

 uczęszcza do klasy integracyjnej, gdzie……………………

W jakich godzinach………………………………………………………………………

 uczęszcza do szkoły specjalnej, gdzie……………………….

W jakich godzinach………………………………………………………………………

 uczęszcza do przedszkola ogólnodostępnego, numer………….

W jakich godzinach………………………………………………………………………

 uczęszcza do przedszkola terapeutycznego/ integracyjnego, gdzie…………………………………………………………………………

W jakich godzinach………………………………………………………………………

1. Z pomocy jakich specjalistów i w jakiej ilości godzin dziecko ma możliwość skorzystania.

 pedagog/ pedagog specjalny: godzin…. w tygodniu/ miesiącu, gdzie…………..

 oligofrenopedagog: godzin…. w tygodniu/ miesiącu, gdzie……………………..

 psycholog: godzin…. w tygodniu/ miesiącu, gdzie……………………………….

 terapeuta: godzin…. w tygodniu/ miesiącu, gdzie…………………………………

 logopeda/neurologopedia: godzin …. w tygodniu/ miesiącu, gdzie………………

 rehabilitant: godzin…. w tygodniu/ miesiącu, gdzie……………………………..

 inne ……………..: ilość godzin…. w tygodniu/ miesiącu, gdzie……………….

1. Czy dziecko korzysta z zajęć terapeutycznych dostosowanych do jego potrzeb i możliwości ( jak często i w jakiej ilości godzin).

 tak

Z jakiej terapii

w jakiej ilości godzin: …… w tygodniu/miesiącu. Gdzie……………………………..

1. Od której godziny dziecko przebywa w domu po powrocie z placówek edukacyjnych.

1. Czy po powrocie do domu dziecko objęte jest wsparciem ze strony specjalistów innych niż z ośrodka pomocy społecznej.

 tak, z pomocy jakiego specjalisty……………………………………………………

 jakiej ilości godzin:……………………. dziennie/ tygodniowo. W jakiej placówce/ miejscu………………………………………………………………………

 nie

1. Czy wg rodzica dziecko ma zapewnioną wystarczającą opiekę

 tak

 nie (dlaczego)

1. Jakiego rodzaju i formy wsparcia oczekuje Pan/i dla swojego dziecka z MOPS Dębica w zakresie specjalistycznych usług opiekuńczych? Jakie występują potrzeby? Proszę uzasadnić potrzeby i wytłumaczyć ich celowość.