

## **Ankieta anonimowa dotycząca zapotrzebowania na usługi transportowe osób z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności**

*Szanowni Państwo,*

*zwracamy się do Państwa z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej anonimowej ankiety. Jej celem jest ocena zapotrzebowania na usługi indywidualnego transportu osób z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności. Państwa spostrzeżenia są dla nas niezwykle cenne, gdyż chcemy dokonywać usprawnień w celu pełniejszego dopasowania się do Państwa potrzeb. Dlatego liczymy na Państwa zaangażowanie w wypełnianiu ankiety.*

*Zebrane w ankiecie informacje będą wykorzystane jedynie do celów statystycznych i analizowane w postaci zbiorczych wyników.*

*URZĄD MIEJSKI W BIELSKU-BIAŁEJ*

***\*Instrukcja: zaznacz krzyżykiem właściwy kwadrat***

### **Metryczka**

Płeć: \*

- Kobieta
- Mężczyzna

Wiek: \*

- 18-26 lat
- 27-39 lat
- 40-65 lat
- powyżej 65 lat

Obecna sytuacja społeczno-zawodowa: \*

- Pracuję
- Szukam pracy
- Uczę się
- Jestem emerytem/rencistą

Posiadam orzeczoną stopień niepełności: \*

- znaczny
- umiarkowany
- lekki
- nie mam orzeczonego stopnia niepełności

Przy poruszaniu się korzystam z:\*

- Wózek
- Kule
- Balkonik
- Laska
- Pomoc osoby towarzyszącej
- Nie korzystam
- Inne.....

Osiedle/dzielnica zamieszania:.....

1. Co jest przyczyną, że jest Pan /Pani (lub osoba znajoma) osobą z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności? \*
  - Niepełnosprawność (jaka).....
  - Wiek
  - Choroba (jaka).....
  
2. Jakiego rodzaju ograniczenia występują u Pana/Pani (lub osoby znajomej)?\*
  - Poruszanie się na wózku inwalidzkim
  - Poruszanie się przy pomocy kul ortopedycznych lub innych urządzeń wspomagających (np. chodzik, laska, itp.)
  - Osoba niewidoma lub słabowidząca
  - Osoba ze schorzeniami neurologicznymi lub innymi powodującymi ograniczenia w poruszaniu się
  
3. Jakiego rodzaju bariery architektoniczne czy transportowe Pani/Pana zdaniem występują na terenie Miasta (na którym osiedlu)?\*
  - Zbyt wysokie krawężniki.....
  - Nierówne dziurawe chodniki.....
  - Duże różnice poziomu terenu.....
  - Schody.....
  - Zbyt mała liczba autobusów.....
  - Zbyt duża odległość od przystanku.....
  
4. Czy tabor autobusowy komunikacji miejskiej działającej na terenie gminy Bielsko-Biała jest Pani/a zdaniem przystosowany do przewozu osób niepełnosprawnych, osób starszych ? \*
  - Tak
  - Nie
  
5. Czy Byłaby Pani/Pan zainteresowany/a usługą indywidualnego transportu?\*- Tak, osobiście potrzebuję
- Tak, znam osoby z terenu gminy, które potrzebują
- Nie jest potrzebne
  
6. Czy kiedykolwiek znajdował/a się Pan/i (lub osoba znajoma)w sytuacji, kiedy musiał/a się Pan/i przemieścić z powodów społeczno-zawodowych, ale nie posiadał/a Pan/i środka transportu? \*
  - Tak
  - Nie
  
7. Oceń częstotliwość zmagania się z problemem braku transportu: \*
  - Wcale
  - Bardzo rzadko (1 raz w miesiącu)
  - Kilka razy w miesiącu
  - Kilka razy w tygodniu
  - Codziennie

8. Czy może Pani/Pan podróżować w specjalnie przystosowanym do tego samochodzie bez ciągłej opieki ze strony opiekuna, jedynie w obecności kierowcy: \*
- zdecydowanie tak
  - raczej tak
  - raczej nie
  - zdecydowanie nie
9. Pytanie dotyczy osób korzystających z wózka inwalidzkiego: W których, spośród wymienionych niżej czynności, potrzebuje Pani/Pan pomocy osób trzecich?\*
- siadanie na wózek
  - wydostanie się z domu (na ulicę przed domem)
  - korzystanie z windy
  - poruszanie się na wózku po ulicy (na małych odległościach pod warunkiem nie napotykania poważnych przeszkód)
10. W jakich celach skorzysta/ła by Pani/Pan usługi indywidualnego transportu "door-to-door"<sup>1</sup>? \*
- Edukacja np. dojazd do szkoły/ na uczelnię/kursy zawodowe/szkolenia
  - Dojazd do pracy
  - Sprawy urzędowe
  - Poprawa zdrowia i rehabilitacja
  - Udział w wydarzeniach kulturalnych (np. spektakl teatralny, seans filmowy, wizyta w muzeum itp.
  - Inne.....
  - .....
  - .....
11. Proszę wskazać ewentualne 3 kierunki podróży w rejonie Miasta (zgodnie z nazwą osiedla) lub w granicach administracyjnych gmin ościennych, wskazując cel (wskazany powyżej)
- Z..... do..... cel.....
- Z..... do..... cel.....
- Z..... do..... cel.....
12. W jakich dniach tygodnia Pani/Pana zdaniem transport powinien być organizowany?\*
- 5 dni w tygodniu
  - 6 dni w tygodniu (bez niedzieli)
  - cały tydzień
13. W jakich godzinach Pani/Pana zdaniem transport powinien być organizowany?\*
- 9.00 –18.00
  - 6.00– 20.00
  - inne godziny.....

**Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.**

<sup>1</sup> Dosłownie: drzwi do drzwi, usługa oznacza transport osoby uprawnionej spod drzwi jej domu/mieszkania do drzwi miejsca docelowego wraz z wsparciem asystenta w pokonywaniu schodów lub innych barier.