



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΙΛΙΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Για την ενίσχυση της επικοινωνίας, της αλληλεπίδρασης και της αλληλοϋποστήριξης πολιτών με αναπηρία, ο Δήμος Ιλίου προχωρεί στην επέκταση των προγραμμάτων που λειτουργεί στο Κέντρο ΑμεΑ (Ιου 3 & Πολυτέκνων Ζ.Πηγής), παρέχοντας θεραπευτικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες, βασισμένες στις επιστημονικές γνώσεις εξειδικευμένων φυσικοθεραπευτών και στη βιωματική εμπειρία των ΑμεΑ.

Συμμετέχετε κι εσείς στο Κέντρο ΑμεΑ του Δήμου Ιλίου και στη διαμόρφωση των ως άνω προγραμμάτων, συμπληρώνοντας το σχετικό ερωτηματολόγιο και καταγράφοντας τις ανάγκες σας και τις προτάσεις σας για την λειτουργία του κέντρου!

Η νέα ομάδα θεραπευτών και πολιτών με αναπηρία που συνεισφέρει στην λειτουργία του Κέντρου ΑμεΑ, υπό την αιγίδα της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Δήμου Ιλίου, θα διαβάσει προσεκτικά κάθε πρόταση και θα προσαρμόσει τις υπηρεσίες στις ανάγκες των συμπολιτών μας με αναπηρία.

Τα προγράμματα απευθύνονται σε ενήλικες και παιδιά, ιδίως σε ανθρώπους με παραπληγία, τετραπληγία, ημιπληγία ή άλλη παράλυση, σκλήρυνση κατά πλάκας, μυϊκές και άλλες παθήσεις.

Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ηλεκτρονικά ή τηλεφωνικά, μπορείτε να απευθύνεστε και στον υπεύθυνο υπάλληλο της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Δήμου Ιλίου κ. Δημήτρη Αμπατζή, καθημερινά 08.00-13.00.

Τηλ.: 213-2030-036 , e-mail: dabagis@ilion.gr , φαξ: 210-2696-898



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΙΛΙΟΥ

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ**

Ταχ. Διεύθυνση: Νέστορος 101, Τ.Κ. 13122

Πληροφορίες: Αμπατζής Δημήτρης

Τηλ.: 213 2030036

Fax: 210 2696898

E-mail: koinoniki@ilion.gr

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Οι παρακάτω ερωτήσεις στοχεύουν στον προσδιορισμό των αναγκών των ατόμων με κινητικά ή άλλα προβλήματα και την κατάθεση προτάσεων για την καλύτερη λειτουργία του Κέντρου ΑμεΑ. Του Δήμου Ιλίου.

Ονοματεπώνυμο:

Διεύθυνση Κατοικίας:

Τηλ. Επικοινωνίας:

e-mail:

1. **Ηλικία; Ηλικία απόκτησης αναπηρίας;**

.....
.....

2. **Σε τι χώρο έλαβε μέρος η αποκατάστασή σας;**

Νοσοκομείο;

ΦΙΑΠ Νοσοκομείου;.....

Κέντρο αποκατάστασης στην Ελλάδα;.....

Κέντρο Αποκατάστασης στο εξωτερικό;.....

Άλλο;

3. Χρησιμοποιείτε αμαξίδιο;
Αν όχι, πώς μετακινείστε;
4. Χρειάζεστε υποστήριξη από άλλο άτομο στην καθημερινότητά σας; (επιλέξτε και περισσότερα από ένα)
Χρειάζομαι βοήθεια όλη μέρα
Κάποιες ώρες
Χρειάζομαι βοήθεια σε προσωπική υγιεινή
Χρειάζομαι βοήθεια / συνοδεία σε κοινωνικές υποχρεώσεις
5. Αν χρειάζεστε υποστήριξη, έχετε προσλάβει άτομο για αυτόν το λόγο ή εξυπηρετείστε από μέλη της οικογένειας;
.....
.....
6. Αντιμετωπίζετε προβλήματα με κατακλίσεις; Πώς τις αντιμετωπίζετε;
.....
.....
7. α): Υπάρχει Ιατρός που σας παρακολουθεί;
.....
β): Υπάρχει θεραπευτής που σας παρακολουθεί;
.....
8. Έχετε καταφύγει σε εναλλακτικές θεραπείες;
Ποιες;
Είχαν αποτέλεσμα κατά τη γνώμη σας;
.....
9. Έχετε οικονομικές απολαβές λόγω αναπηρίας;
Ναι;
Όχι;
Καλύπτουν τις ανάγκες σας;
Συμπληρώνουν άλλα μέλη της οικογένειας τις οικονομικές σας ανάγκες;
.....
.....
10. Πόσο συχνά βγαίνετε για οποιονδήποτε λόγο (υποχρέωση ή διασκέδαση);
.....
.....
Ποιοι λόγοι σας περιορίζουν;
.....
.....
11. Ποιες ανάγκες σας θα θέλατε να καλύψουμε μέσω του Κέντρου ΑμεΑ;
.....
.....
.....
.....