

KONIN
tu płynie energia



POLITYKA SENIORALNA MIASTA KONINA na lata 2022-2030



Załącznik 2

Badanie potrzeb konińskich seniorów

ANKIETA

Polityka Senioralna Miasta Konina na lata 2022-2030

została przygotowana w ramach projektu "Generator miejskiej energii źródłem sukcesu Konina"
finansowanego z programu ROZWÓJ LOKALNY.



MINISTERSTWO
FUNDUSZY I POLITYKI
REGIONALNEJ

BADANIE POTRZEB SENIORÓW KONIN, czerwiec 2022 r.

Szanowni Państwo,

Zgodnie z naszym motto: "Nic dla Was bez Was", zapraszamy do wypełnienia ankiety dotyczącej potrzeb Seniorów mieszkających w naszym mieście. Ankieta jest w pełni anonimowa, a Państwa odpowiedzi będą wykorzystane wyłącznie w celach statystycznych na potrzeby opracowania „Przygotowanie polityki senioralnej dla Miasta Konina na lata 2022-2030 w ramach realizacji projektu „Generator miejskiej energii źródłem sukcesu Konina” w ramach dofinansowania z Programu ROZWOJ LOKALNY. Będziemy wdzięczni za poświęcenie czasu na jej wypełnienie. Państwa opinie i sugestie będą miały istotny wpływ na rodzaj podejmowanych przez nas działań na rzecz poprawy jakości życia osób 60+.

Dziękujemy!

1 JAK DŁUGO MIESZKA PAN/PANI W KONINIE?

Podpowiedź do pytania: *Proszę o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

- mniej niż 15 lat 16-30 lat powyżej 30 lat od urodzenia

2 W KTÓRYM REJONIE KONINA PAN/PANI MIESZKA?

Podpowiedź do pytania: *Proszę o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

- Starówka Pawówek, Przydziałki (osiedle Sikorskiego, Diamentowe, szpitalna Topazowa Piłsudskiego) Osada Wilków Nowy Dwór, Chorzeń
- Osiedle I, II, III, IV Międzylesie Glinka Niestusz Laskówiec
- Zatorze Gosławice, Maliniec Osiedle V, Va (Sosnowa)

3 JAK OCENIA PAN/PANI MIASTO KONIN JAKO MIEJSCE ZAMIESZKANIA DLA OSÓB PO 60 ROKU ŻYCIA?

Podpowiedź do pytania: *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź, gdzie 1 oznacza bardzo złe, a 5 bardzo dobre.*

	1	2	3	4	5
Konin jako miejsce do życia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4 PROSZĘ ZAZNACZYĆ GŁÓWNE ATUTY KONINA JAKO MIASTA PRZYJAZNEGO SENIOROM

Podpowiedź do pytania: Proszę o wybór maksymalnie 3 odpowiedzi.

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> dobre położenie oraz skomunikowanie z innymi regionami Polski | <input type="checkbox"/> wysokie walory przyrodnicze sprzyjające rozwojowi turystyki | <input type="checkbox"/> inwestycje w likwidację barier architektonicznych (poprawa stanu dróg, chodników, przystanków, budowa podjazdów itd.) | <input type="checkbox"/> inwestycje w rozwój opieki geriatrycznej (opieka zdrowotna świadczona w oparciu o ocenę stanu zdrowia oraz potrzeb zdrowotnych seniora) |
| <input type="checkbox"/> inwestycje w rozwój usług wspierających seniorów w życiu codziennym | <input type="checkbox"/> dbałość o bezpieczeństwo mieszkańców | <input type="checkbox"/> bogata oferta kulturalno-rozrywkowa | <input type="checkbox"/> duża liczba miejsc sprzyjających rekreacji i organizacji czasu wolnego |
| <input type="checkbox"/> dobrze rozwinięta infrastruktura sportowa | <input type="checkbox"/> bogaty wybór zajęć edukacyjnych i rozwojowych (warsztaty, seminaria, kursy, zajęcia sportowe, spotkania tematyczne, itd.) | <input type="checkbox"/> duża aktywność organizacji na rzecz poprawy jakości życia seniorów (fundacje, kluby seniora, domy kultury, biblioteki, itd.) | |
| <input type="checkbox"/> Inne... <input type="text"/> | | | |

5 KTÓRE OBSZARY NALEŻY POPRAWIĆ, ABY MÓGŁ/MOGŁA PAN/PANI UZNAĆ MIASTO KONIN ZA IDEALNE MIEJSCE ZAMIESZKANIA DLA SENIORÓW.

Podpowiedź do pytania: Proszę o wybór maksymalnie 3 odpowiedzi, które uważa Pan/Pani za najważniejsze.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> podstawowa opieka zdrowotna | <input type="checkbox"/> dostępność do lekarzy specjalistów | <input type="checkbox"/> profilaktyka i rehabilitacja | <input type="checkbox"/> dostępność do usług opiekuńczych świadczonych w środowisku domowym |
| <input type="checkbox"/> dostępność oferty edukacyjnej dla seniorów | <input type="checkbox"/> rekreacja i turystyka | <input type="checkbox"/> oferta kulturalna i rozrywkowa | <input type="checkbox"/> bezpieczeństwo |
| <input type="checkbox"/> komunikacja miejska | <input type="checkbox"/> stan dróg i chodników | <input type="checkbox"/> dostosowanie przestrzeni publicznych do potrzeb seniorów (toalety, ławki, miejsca do odpoczynku) | <input type="checkbox"/> sytuacja mieszkaniowa |
| <input type="checkbox"/> wsparcie finansowe dla osób starszych i niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> zatrudnienie osób 55+ | <input type="checkbox"/> wsparcie dla rodzin opiekujących się osobami starszymi | <input type="checkbox"/> usługi dla seniorów |
| <input type="checkbox"/> Inne... <input type="text"/> | | | |

6 KTÓRA Z PONIŻSZYCH ODPOWIEDZI NAJLEPIEJ OPISUJE PANA/PANI SYTUACJĘ MIESZKANIOWĄ.

Podpowiedź do pytania: *Proszę o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

- mieszkam samotnie mieszkam z mężem / żoną, partnerem / partnerką mieszkam z rodziną mieszkam samotnie z pupilem
- Inne...

7 W JAKIM BUDYNKU ZNAJDUJE SIĘ PANA/PANI MIEJSCE ZAMIESZKANIA?

Podpowiedź do pytania: *Proszę o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

- dom jednorodzinny wolnostojący bliźniak dom jednorodzinny w zabudowie szeregowej blok stare budownictwo
- blok nowe budownictwo

8 JAKĄ POWIERZCHNIĘ MA PANA/PANI MIESZKANIE/DOM?

Podpowiedź do pytania: *Proszę podać metraż.*

9 JAKIE POWINNO BYĆ WEDŁUG PANA/PANI MIESZKANIE PRZYJAZNE SENIOROM?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi.*

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> mieszkanie w bloku
położone na parterze lub
w bloku z windą | <input type="checkbox"/> z balkonem | <input type="checkbox"/> z tarasem | <input type="checkbox"/> z ogródkiem |
| <input type="checkbox"/> metraż do 50m ² | <input type="checkbox"/> metraż powyżej
50m ² | <input type="checkbox"/> lokalizacja na kameralnym osiedlu | <input type="checkbox"/> lokalizacja na
nowoczesnym osiedlu |
| <input type="checkbox"/> blisko centrum miasta | <input type="checkbox"/> na obrzeżach
miasta | <input type="checkbox"/> zlokalizowane blisko infrastruktury
rekreacyjnej | <input type="checkbox"/> dobrze skomunikowane z
obiektami usługowymi |
| <input type="checkbox"/> dobrze skomunikowane
lub zapewniające łatwy
dostęp do placówek
medycznych | <input type="checkbox"/> zapewniające
zapewniające
swobodny
dojazd pomocy
medycznej | <input type="checkbox"/> posiadające rozkład pomieszczeń
zapewniający swobodę poruszania się
osobom z ograniczeniami
ruchowymi | <input type="checkbox"/> wyposażone w technologie
ułatwiające samodzielne,
niezależne funkcjonowanie |
| <input type="checkbox"/> z łazienką dostosowaną do
potrzeb osób
niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> z dobrą izolacją
akustyczną | <input type="checkbox"/> posiadające system czujników dymu i
żalania | <input type="checkbox"/> wyposażone w system
pozwalający na szybkie
wezwanie pomocy |
| <input type="checkbox"/> z dostępem do Internetu | | | |
| <input type="checkbox"/> Inne... <input type="text"/> | | | |

10 JAKICH MODERNIZACJI WYMAGAŁOBY PANA/PANI MIESZKANIE/DOM, KTÓRE POPRAWIŁYBY PANA/PANI KOMFORT?

Podpowiedź do pytania: *Proszę zaznaczyć maksymalnie 3 rzeczy, które wymagają według Pana/Pani modernizacji.*

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> zamiana wanny na prysznic | <input type="checkbox"/> zmiana podłogi na
antypoślizgową | <input type="checkbox"/> poszerzenie drzwi
wejściowych do łazienki | <input type="checkbox"/> montaż systemu
wzywania pomocy SOS |
| <input type="checkbox"/> montaż uchwytów, poręczy,
wsporników, siedziska prysznicowego | <input type="checkbox"/> docieplenie | | |
| <input type="checkbox"/> Inne... <input type="text"/> | | | |

11 JAKICH MODERNIZACJI WYMAGAŁBY BUDYNEK, W KTÓRYM PAN/PANI MIESZKA, KTÓRE POPRAWIŁYBY PANA/PANI KOMFORT?

Podpowiedź do pytania: *Proszę zaznaczyć maksymalnie 3 rzeczy, które wymagają według Pana/Pani modernizacji.*

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> docieplenie | <input type="checkbox"/> czytelne oznaczenia
budyneków | <input type="checkbox"/> czytelna numeracja na
drzwiach wejściowych | <input type="checkbox"/> doświetlenie budynku i otoczenia |
| <input type="checkbox"/> wykonanie
podjazdów/pochylni | <input type="checkbox"/> zabezpieczenie
stromych schodów | <input type="checkbox"/> montaż podnośników | <input type="checkbox"/> montaż wind przyściennych
prowadzących do mieszkania |
| <input type="checkbox"/> modernizacja zejścia do
piwnic i samych piwnic | | | |
| <input type="checkbox"/> Inne... <input type="text"/> | | | |

12 CZY KIEDYKOLWIEK KORZYSTAŁ PAN/PANI Z OPCJI DOFINANSOWANIA ADAPTACJI/REMONTU MIESZKANIA ZE ŚRODKÓW PFRON?

Podpowiedź do pytania: *Proszę o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

- tak nie

13 JEŚLI MIAŁBY/MIAŁABY PAN/PANI MOŻLIWOŚĆ UZYSKANIA DODATKOWEGO DOFINANSOWANIA NA PRZYSTOSOWANIE MIESZKANIA DO SWOICH POTRZEB, (bez względu na uzyskiwany dochód), NA JAKIE CELE BY JE PAN/PANI PRZEZNACZYŁ/PRZEZNACZYŁA?

Podpowiedź do pytania: *Proszę o zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi.*

- dofinansowanie do remontu mieszkania
 dofinansowanie do adaptacji mieszkania do indywidualnych potrzeb
 dofinansowanie do zakupu mieszkania
 dofinansowanie do wynajmu mieszkania
 dofinansowanie do kosztów utrzymania mieszkania, np. czynszu
 dofinansowanie do opłat za media i Internet
 Inne...

14 KTÓRE Z WYMIENIONYCH PONIŻEJ ODPOWIEDZI UTRUDNIAJĄ W PANA/PANI OCENIE SAMODZIELNE FUNKCJONOWANIE OSOBOM STARSZYM ZAMIESZKUJĄCYM PANA/PANIOSIEDLE?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- brak windy zbyt małe windy strome schody brak podjazdów dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich
 brak poręczy i uchwytów wąskie klatki zbyt wysokie progi w drzwiach nierówne podłogi na klatce i w mieszkaniach
 oświetlenie klatki i wejścia źle działające domofony i drzwi wejściowe brak możliwości automatycznego otwierania drzwi brak lub zbyt mało miejsc parkingowych
 zbyt małe mieszkania duża akustyczność mieszkań niesprawne urządzenia domowe słabe zabezpieczenie bloków i mieszkań przed włamaniem
 brak centralnego ogrzewania brak oznaczeń ułatwiających poruszanie się osobom niedowidzącym lub niewidomym brak miejsc do odpoczynku na terenie osiedla zbyt mała wiedza na temat udogodnień sprzyjających niezależnemu funkcjonowaniu w miejscu zamieszkania
 Inne...

15 PROSZĘ OKREŚLIĆ SWÓJ POZIOM ZADOWOLENIA Z WARUNKÓW MIESZKANIOWYCH W SKALI 1 DO 5, GDZIE 1 OZNACZA BRAK ZADOWOLENIA, A 5 DUŻE ZADOWOLENIE.

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź w każdej linii*

	1	2	3	4	5
powierzchnia mieszkania	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wyposażenie mieszkania	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lokalizacja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bezpośrednie otoczenie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wysokość czynszu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stan techniczny budynku	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16 JAK OCENIA PAN RELACJE SĄSIEDZKIE W SWOIM MIEJSCU ZAMIESZKANIA?

Podpowiedź do pytania: *Proszę zaznaczyć stwierdzenia, które najlepiej opisują Pana/Pani stosunki z sąsiadami.*

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> utrzymujemy relacje przyjacielsko towarzyskie | <input type="checkbox"/> spotykamy się na ważnych uroczystościach i wizytach | <input type="checkbox"/> utrzymujemy ograniczone relacje towarzyskie | <input type="checkbox"/> pomagamy sobie w codziennych czynnościach, zakupy, gotowanie, załatwianie spraw, itd. |
| <input type="checkbox"/> pomagamy sobie w sytuacjach choroby lub tymczasowej niesprawności | <input type="checkbox"/> opiekujemy się swoimi zwierzętami | | |
| <input type="checkbox"/> Inne... <input type="text"/> | | | |

17 JEŚLI POTRZEBOWAŁBY/POTRZEBOWAŁABY PAN/PANI WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU ZE STRONY SĄSIADÓW, TO JAKIEGO RODZAJU BYŁABY TO POMOC?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> pomoc w codziennych czynnościach domowych jak gotowanie, sprzątanie, zakupy | <input type="checkbox"/> pomoc w załatwianiu spraw urzędowych | <input type="checkbox"/> pomoc w transporcie do placówki medycznej, urzędu | <input type="checkbox"/> dotrzymanie towarzystwa |
| <input type="checkbox"/> wsparcie w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia | <input type="checkbox"/> wsparcie w korzystaniu z technologii: komputer, smartfon, tablet | <input type="checkbox"/> wsparcie w kwestiach prawnych | <input type="checkbox"/> pomoc w opiece nad zwierzętami |
| <input type="checkbox"/> Inne... <input type="text"/> | | | |

18 CZY CZUJE SIĘ PAN/PANI BEZPIECZNIE W OKOLICY, W KTÓREJ PAN/PANI MIESZKA?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź*

- tak nie

19 JAKICH ZAGROŻEŃ NAJBARDZIEJ OBAWIA SIĘ PAN/ PANI W POBLIŻU SWEGO MIEJSCA ZAMIESZKANIA?

Podpowiedź do pytania: *Proszę wskazać maksymalnie 3 odpowiedzi.*

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> prędkości pojazdów i brawury kierowców | <input type="checkbox"/> zaczepiania przez inne osoby | <input type="checkbox"/> niszczenia mienia | <input type="checkbox"/> agresji ze strony osób pijanych lub pod wpływem narkotyków |
| <input type="checkbox"/> włamań do mieszkania | <input type="checkbox"/> napadów/pobicia | <input type="checkbox"/> wyłudzeń | <input type="checkbox"/> oszustw/kradzieży |
| <input type="checkbox"/> Inne... <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> | | | |

20 CO NALEŻY ZROBIĆ, ABY POPRAWIĆ BEZPIECZEŃSTWO SENIORÓW W KONINIE?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> zapewnienie bezpieczeństwa osobistego w przestrzeni publicznej | <input type="checkbox"/> poprawa bezpieczeństwa drogowego | <input type="checkbox"/> zwalczanie przestępczości kryminalnej | <input type="checkbox"/> wprowadzenie surowszych kar za wandalizm |
| <input type="checkbox"/> poprawa oświetlenia ulic i miejsc potencjalnie niebezpiecznych | <input type="checkbox"/> rozszerzenie monitoringu miejsc publicznych | <input type="checkbox"/> zwiększenie patroli Policji | <input type="checkbox"/> zwiększenie patroli Straży Miejskiej |
| <input type="checkbox"/> intensyfikacja działań edukacyjnych w zakresie bezpieczeństwa przeciwpozarowego | <input type="checkbox"/> na rzecz poprawy bezpieczeństwa seniorów | <input type="checkbox"/> bardziej surowe kary za brak poszanowania prawa i porządku (np. śmiecenie, zakłócanie ciszy nocnej itp.) | |
| <input type="checkbox"/> Inne... <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> | | | |

21 Z JAKICH USŁUG OFEROWANYCH PRZEZ MIASTO KONIN SENIOROM PAN/PANI KORZYSTA?

Podpowiedź do pytania: *Proszę określić poziom zadowolenia z oferty w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza brak zadowolenia, a 5 wysoki poziom zadowolenia. Jeśli nie korzysta Pan/Pani z usługi, proszę zaznaczyć pole nie korzystam.*

	1	2	3	4	5	nie korzystam
Nieodpłatne kursy i zajęcia umożliwiające zdobycie różnych nowych kompetencji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uniwersytet Trzeciego Wieku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politechnika Trzeciego Wieku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grupy wsparcia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usługi świadczone przez Dzienny Dom Pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warsztaty dla rodzin w Dziennym Domu Pomocy Społecznej dla osób z chorobą Alzheimera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport specjalistyczny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opieka środowiskowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie Asystenta Osoby Niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieodpłatna pomoc psychologiczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieodpłatna pomoc prawna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie wolontariuszy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projekty na rzecz seniorów prowadzone przez lokalne organizacje NGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dofinansowania z funduszu PFRON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oferta dla seniorów w Domach Kultury i Klubach Seniora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oferta Biblioteki dla seniorów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karta Seniora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostarczanie zakupów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplikacja Blisko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koniński Portal Podatkowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22 JAKIE SĄ PANA/PANI OCZEKIWANIA WOBEĆ WŁADZ KONINA W ZAKRESIE LEPSZEGO ZASPOKOJENIA POTRZEB SENIORÓW?

Podpowiedź do pytania: *Proszę wymienić 3 priorytetowe działania, które władze Konina powinny podjąć, by podnieść jakość życia seniorów w mieście.*

23 JAKIEGO ŚRODKA TRANSPORTU NAJCZĘŚCIEJ PANI/PAN UŻYWA DO CODZIENNEGO PRZEMIESZCZANIA SIĘ?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- komunikacji miejskiej
 samochodu
 roweru
 podróżuje pieszo
 rzadko się przemieszczam

24 JAK OCENIA PAN/PANI POSZCZEGÓLNE ELEMENTY SYSTEMU TRANSPORTOWEGO W KONINIE? (1 - ŹLE, 5 - BARDZO DOBRZE)

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź w każdej linii*

	1	2	3	4	5
skomunikowanie Konina z pobliskimi miejscowościami	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stan dróg i chodników	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dostępność miejsc parkingowych	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dostępność miejsc parkingowych dla osób niepełnosprawnych	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hałas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zanieczyszczenie spalinami	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dostosowanie sygnalizacji świetlnej do potrzeb seniorów i osób niepełnosprawnych	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oznakowanie przejść dla pieszych	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

standard przystanków

dworzec

jakość ścieżek rowerowych

25 KTÓRE Z PONIŻSZYCH ROZWIĄZAŃ POPRAWIŁYBY ORGANIZACJĘ TRANSPORTU MIEJSKIEGO W KONINIE POD KĄTEM POTRZEB SENIORÓW I OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> wprowadzenie ograniczenia dla ruchu samochodu osobowych w wybranych miejscach | <input type="checkbox"/> wprowadzenie transportu na żądanie (możliwość indywidualnego zamawiania transportu) wprowadzenie rozwiązań ułatwiających poruszanie się po mieście osobom na wózkach inwalidzkich | <input type="checkbox"/> uzupełnienie taboru komunikacji miejskiej o pojazdy dostosowane do potrzeb osób poruszających się na wózkach oraz niedowidzących i niedostyszących | <input type="checkbox"/> poprawa systemu informacji pasażerskiej wewnątrz autobusów i tramwajów oraz na przystankach – uwzględnienie ograniczeń wzrokowych i słuchowych |
| <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby miejsc do parkowania dla osób niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> lepsze oznakowanie i oświetlenie przejść dla pieszych | <input type="checkbox"/> poprawa stanu chodników i likwidacja wysokich krawężników | |
| <input type="checkbox"/> poprawa systemu informacji o organizacji transportu miejskiego | <input type="checkbox"/> zwiększenie dostępności ścieżek pieszych | <input type="checkbox"/> stworzenie większej liczby miejsc do odpoczynku | <input type="checkbox"/> stworzenie udogodnień dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich |
| <input type="checkbox"/> przeszkolenie kierowców z zakresu obsługi osób starszych i niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> organizacja warsztatów na temat korzystania z nowych technologii do planowania podróży | <input type="checkbox"/> organizacja szkoleń dot. zasad bezpiecznej jazdy autobusami | <input type="checkbox"/> możliwość skorzystania z pomocy innej osoby podczas poruszania się po mieście - Asystent |
| <input type="checkbox"/> Inne... <input type="text"/> | | | |

26 JAK OCENIA PAN/PANI JAKOŚĆ SWOJEGO ŻYCIA?

Podpowiedź do pytania: *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź, gdzie 1 oznacza bardzo źle, a 5 bardzo dobrze.*

	1	2	3	4	5
styl życia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27 JAK OCENIA PAN/PANI SWÓJ OBECNY STAN ZDROWIA?

Podpowiedź do pytania: *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź, gdzie 1 oznacza bardzo zły, a 5 bardzo dobry.*

	1	2	3	4	5
stan zdrowia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28 NA ILE JEST PAN/I ZADOWOLONY/A Z OPIEKI ZDROWOTNEJ ŚWIADCZONEJ PRZEZ LEKARZY POZ W KONINIE?

Podpowiedź do pytania: *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź, gdzie 1 oznacza bardzo niezadowolony, a 5 bardzo zadowolony*

	1	2	3	4	5
opieka lekarza POZ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29 Jeśli jest Pan/Pani niezadowolony/a z poziomu opieki zdrowotnej, proszę o podanie 3 głównych powodów niezadowolenia.

30 JAK OCENIA PAN/PANI DOSTĘPNOŚĆ DO LEKARZY SPECJALISTÓW W KONINIE?

Podpowiedź do pytania: *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź, gdzie 1 oznacza bardzo zła, a 5 bardzo dobra.*

	1	2	3	4	5
dostępność lekarza specjalisty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31 NA ILE JEST PAN/PANI ZADOWOLONY/A Z OPIEKI ZDROWOTNEJ ŚWIADCZONEJ PRZEZ LEKARZY SPECJALISTÓW W KONINIE?

Podpowiedź do pytania: *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź, gdzie 1 oznacza bardzo niezadowolony, a 5 bardzo zadowolony.*

	1	2	3	4	5
opieka lekarza specjalisty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32 Jeśli jest Pan/Pani niezadowolony/a z poziomu opieki zdrowotnej świadczonej przez lekarzy specjalistów, proszę o podanie 3 głównych powodów niezadowolenia.

33 DO KTÓRYCH LEKARZY NAJTRUDNIEJ SIĘ BYŁO PANU/PANI UMÓWIĆ NA WIZYTĘ?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lekarz rodzinny / POZ | <input type="checkbox"/> Lekarz kardiolog | <input type="checkbox"/> Lekarz geriatra | <input type="checkbox"/> Lekarz stomatolog | <input type="checkbox"/> Lekarz neurolog |
| <input type="checkbox"/> Lekarz endokrynolog | <input type="checkbox"/> Lekarz reumatolog | <input type="checkbox"/> Lekarz pulmonolog | <input type="checkbox"/> Lekarz laryngolog | <input type="checkbox"/> Lekarz ginekolog |
| <input type="checkbox"/> Lekarz chirurg | <input type="checkbox"/> Lekarz ortopeda | <input type="checkbox"/> Lekarz onkolog | <input type="checkbox"/> Lekarz urolog | <input type="checkbox"/> Lekarz okulista |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitant | <input type="checkbox"/> nie miałem/miałam problemów z umówieniem się | | | |

34 JAKIEGO RODZAJU USŁUG Z ZAKRESU OPIEKI ZDROWOTNEJ BRAKUJE W KONINIE?

35 CZY W CZASIE TRWANIA PANDEMII KORZYSTAŁ/KORZYSTAŁA PAN/PANI Z TELEPORAD?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź. Jeśli zaznaczysz "nie", przejdź do pytania 37.*

- tak nie

36 JAK OCENIA PAN/PANI TAKĄ FORMĘ ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ?

Podpowiedź do pytania: *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź, gdzie 1 oznacza bardzo źle, a 5 bardzo dobrze.*

	1	2	3	4	5
ocena teleporad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37 CZY KORZYSTAŁ/KORZYSTAŁA PAN/PANI Z AMBULATORYJNEJ DORAŻNEJ POMOCY LEKARSKIEJ (NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA)?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź. Jeśli zaznaczysz "tak", przejdź do pytania 39.*

- tak nie

38 PROSZĘ O PODANIE POWODÓW NIEKORZYSTANIA Z OPIEKI AMBULATORYJNEJ DORAŻNEJ POMOCY LEKARSKIEJ (NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA).

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź*

- brak wiedzy o tego typu usłudze brak powodów do korzystania z tego typu usługi zbyt daleka odległość
 Inne...

39 CZY W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT KORZYSTAŁ/KORZYSTAŁA PAN/PANI Z PRYWATNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ?

Podpowiedź do pytania: *Jeśli zaznaczysz "nie", przejdź do pytania 41*

- tak nie

40 CO SPOWODOWAŁO KONIECZNOŚĆ SKORZYSTANIA PRZEZ PANA/PANIĄ Z PRYWATNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź*

- brak lekarza specjalisty w Koninie długi czas oczekiwania na wizytę długi czas oczekiwania na rehabilitację trudności z otrzymaniem skierowania na badania
 potrzeba pilnej konsultacji stanu zdrowia

41 CZY W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT KORZYSTAŁ/KORZYSTAŁA PAN/PANI Z BEZPŁATNYCH BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź. Jeśli zaznaczysz "tak", przejdź do pytania 43.*

- tak nie

42 PROSZĘ O PODANIE POWODÓW NIEKORZYSTANIA Z BEZPŁATNYCH BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH.

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź*

- brak wiedzy o tego typu możliwości brak powodów do korzystania z tego typu badań zbyt daleka odległość
- Inne...

43 GDYBY ISTNIAŁA MOŻLIWOŚĆ BEZPŁATNEGO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE PROFILAKTYCZNYM, TO KTÓRA TEMATYKA BY PANA/PANIĄ NAJBARDZIEJ ZAINTERSOWAŁA?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- Profilaktyka chorób serca Profilaktyka cukrzycy Zdrowe odżywianie i dieta Profilaktyka onkologiczna Profilaktyka bólów kręgosłupa
- Aktywność fizyczna Profilaktyka upadku Choroba Alzheimera Profilaktyka depresji
- Inne...

44 CZY W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU POTRZEBUJE PAN/PANI POMOCY INNYCH OSÓB?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź. Jeśli zaznaczysz "nie", przejdź do pytania 47.*

- tak nie

45 Z CZYJEJ POMOCY KORZYSTA PAN/PANI NAJCZĘŚCIEJ?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- rodzina sąsiedzi przyjaciele opiekun organizacje
- pracownik socjalny, pielęgniarka środowiskowa (pomoc bezpłatna) wolontariusz
- Inne...

46 W KTÓRYCH Z WYMIENIONYCH CZYNNOŚCI POTRZEBUJE PAN/PANI POMOCY OSÓB TRZECICH?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> pielęgnacja | <input type="checkbox"/> przygotowywanie posiłków | <input type="checkbox"/> sprzątanie | <input type="checkbox"/> pomoc w poruszaniu się | <input type="checkbox"/> robienie zakupów |
| <input type="checkbox"/> załatwianie podstawowych spraw w urzędach | <input type="checkbox"/> dojazd i korzystanie z usług medycznych | <input type="checkbox"/> towarzyszenie na spacerach | <input type="checkbox"/> dotarcie do kościoła | <input type="checkbox"/> podczas pobytu w szpitalu |
| <input type="checkbox"/> remonty i naprawy | | | | |
| <input type="checkbox"/> Inne... | <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> | | | |

47 JAK OCENIA PAN/PANI DOSTĘPNOŚĆ DO UZYSKANIA POMOCY SPOŁECZNEJ UDZIELANEJ PRZEZ OŚRODKI POMOCY SPOŁECZNEJ I INNE INSTYTUCJE PUBLICZNE ORAZ ORGANIZACJE POZARZĄDOWE?

Podpowiedź do pytania: *Proszę określić stan wiedzy na temat wsparcia oraz jakość świadczonego wsparcia, gdzie 1 oznacza bardzo źle, a 5 bardzo dobrze.*

	Wiem o ofercie wsparcia ale nie korzystam	Wiem o ofercie wsparcia i korzystam	Nie wiedziałem/am o ofercie wsparcia	1	2	3	4	5
Pomoc finansowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomoc rzeczowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usługi opiekuńcze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48 CZY OPIEKUJE SIĘ PAN/PANI STARSZĄ, BLISKĄ OSOBA?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź. Jeśli zaznaczysz "nie" przejdź do pytania 52.*

- tak nie

49 ILE MA LAT OSOBA, KTÓRĄ SIĘ PAN/PANI OPIEKUJE LUB OPIEKOWAŁA W PRZESZŁOŚCI?

Podpowiedź do pytania: *Podaj wiek*

50 CZY KTOŚ WSPIERA/WSPIERAŁ PANA/PANIĄ W OPIECE?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź*

tak nie

51 JAKIE TRUDNOŚCI SPRAWIA PANU/PANI OPIEKA NAD OSOBĄ STARSZĄ?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> brak wiedzy na temat postępowania w przypadku trudnych zachowań osoby starszej | <input type="checkbox"/> problemy z komunikacją wynikające z choroby lub ograniczeń zdrowotnych (wzrok, słuch) | <input type="checkbox"/> trudności w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych | <input type="checkbox"/> brak wiedzy na temat prawidłowego wykonywania czynności medycznych |
| <input type="checkbox"/> trudności w godzeniu obowiązków opiekuńczych i życia prywatnego | <input type="checkbox"/> bariery architektoniczne | <input type="checkbox"/> brak środka transportu | <input type="checkbox"/> brak sprzętu rehabilitacyjnego, wspierającego w opiece |
| <input type="checkbox"/> ograniczenia finansowe | <input type="checkbox"/> brak możliwości zapewnienia prywatnych usług opiekuńczych | <input type="checkbox"/> brak informacji o miejscach, które mogłyby zapewnić opiekę osobie starszej przez kilka godzin w ciągu dnia | <input type="checkbox"/> brak wiedzy, jak opiekować się osobą starszą w zależności od stanu zdrowia i/lub stopnia niesamodzielności |
| <input type="checkbox"/> organizacja opieki - brak wsparcia w opracowaniu planu opieki | <input type="checkbox"/> brak wiedzy o produktach i rozwiązaniach, które można wykorzystać w opiece | <input type="checkbox"/> zmęczenie fizyczne i psychiczne | |
| <input type="checkbox"/> Inne... <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> | | | |

52 JAKIEJ FORMY WSPARCIA W OPIECE OCZEKIWAŁBY/OCZEKIWAŁABY PAN/PANI OD WŁADZ ORAZ ORGANIZACJI I INSTYTUCJI DZIAŁAJĄCYCH NA TERENIE KONINA?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> zapewnienie opieki formalnej | <input type="checkbox"/> wsparcie finansowe | <input type="checkbox"/> wsparcie w podnoszeniu kwalifikacji opiekuńczych | <input type="checkbox"/> dostarczenie informacji |
| <input type="checkbox"/> organizacja spotkań dla opiekunów grupa wsparcia | <input type="checkbox"/> organizacja bezpłatnych konsultacji ze specjalistami | <input type="checkbox"/> organizacja warsztatów praktycznych | <input type="checkbox"/> organizacja warsztatów dot. radzenia sobie ze stresem wynikającym z opieki |
| <input type="checkbox"/> pomoc w organizacji transportu | | | |
| <input type="checkbox"/> Inne... | <input type="text"/> | | |

53 JAK PANI/PAN OCENIA KONIŃSKĄ OFERTĘ ORGANIZACJI CZASU WOLNEGO POD KĄTEM OSÓB STARSZYCH?

Podpowiedź do pytania: *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź, gdzie 1 oznacza bardzo źle, a 5 bardzo dobrze.*

	1	2	3	4	5
organizacja czasu wolnego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54 W JAKICH WYDARZENIACH KULTURALNYCH PAN/PANI UCZESTNICZY?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> koncerty | <input type="checkbox"/> kino | <input type="checkbox"/> wystawy | <input type="checkbox"/> warsztaty | <input type="checkbox"/> muzeum | <input type="checkbox"/> biblioteka |
| <input type="checkbox"/> spotkania autorskie | <input type="checkbox"/> spacer tematyczne | <input type="checkbox"/> wycieczki | <input type="checkbox"/> imprezy plenerowe/festyny | <input type="checkbox"/> imprezy religijne | <input type="checkbox"/> nie korzystam z oferty wydarzeń |
| <input type="checkbox"/> Inne... | <input type="text"/> | | | | |

55 Jeśli nie korzysta Pan/Pani z oferty kulturalno-rozrywkowej, proszę zaznaczyć powód.

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> brak czasu | <input type="checkbox"/> brak chęci | <input type="checkbox"/> brak pieniędzy | <input type="checkbox"/> ograniczenia zdrowotne | <input type="checkbox"/> brak oferty odpowiadającej moim zainteresowaniom |
| <input type="checkbox"/> Inne... | <input type="text"/> | | | |

56 PROSZĘ PODAĆ 3 INSTYTUCJE KULTURY, Z KTÓRYCH OFERTY KORZYSTA PAN/PANI NAJCZĘŚCIEJ.

Podpowiedź do pytania: *Proszę wpisać nazwy instytucji.*

57 JAKICH ZAJĘĆ DLA SENIORÓW BRAKUJE PANU/PANI W KONINIE NAJBARDZIEJ?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> zajęcia sportowe i ruchowe | <input type="checkbox"/> zorganizowane zajęcia na basenie | <input type="checkbox"/> śpiew | <input type="checkbox"/> gra na instrumentach |
| <input type="checkbox"/> szycie i robótki ręczne | <input type="checkbox"/> warsztaty kulinarne | <input type="checkbox"/> warsztaty dla majsterkowiczów | <input type="checkbox"/> rysunek/malarstwo |
| <input type="checkbox"/> fotografia i obróbka zdjęć | <input type="checkbox"/> wycieczki krajoznawcze | <input type="checkbox"/> warsztaty z obsługi komputera, smartfona i innych urządzeń | <input type="checkbox"/> kursy językowe |
| <input type="checkbox"/> spotkania z ciekawymi ludźmi | | | |
| <input type="checkbox"/> Inne... | <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/> | | |

58 JAKĄ DROGĄ CHCIAŁ(A)BY PAN/I BYĆ INFORMOWANY/A O TYM, CO DZIEJE SIĘ W MIEŚCIE?

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> strona internetowa Urzędu | <input type="checkbox"/> strona internetowa Domu Kultury | <input type="checkbox"/> lokalne internetowe portale informacyjne | <input type="checkbox"/> lokalna prasa |
| <input type="checkbox"/> ogłoszenie w Urzędzie Miasta | <input type="checkbox"/> ogłoszenie w bibliotekach | <input type="checkbox"/> ogłoszenie w instytucjach i organizacjach senioralnych | <input type="checkbox"/> plakaty na słupach ogłoszeniowych |
| <input type="checkbox"/> ulotki dostarczane do skrzynek pocztowych | <input type="checkbox"/> informacje na przystankach | <input type="checkbox"/> SMS | <input type="checkbox"/> e-mail |
| <input type="checkbox"/> Inne... | <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/> | | |

59 NA ILE POLECILIŁBY/ POLECILIŁABY PAN/PANI ZAMIESZKANIE W KONINIE SWOIM ZNAJOMYM I RÓWIEŚNIKOM?

Podpowiedź do pytania: *Proszę o wskazanie oceny od 1 do 5, gdzie 1 oznacza brak polecenia, a 5 zdecydowane polecenie.*

	1	2	3	4	5
	○	○	○	○	○

Rekomendacja Konina

60 Płeć

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź*

- kobieta mężczyzna

61 WIEK

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź*

- 60 - 65 lat 66 - 70 lat 71 - 80 lat powyżej 80 lat

62 WYKSZTAŁCENIE

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź*

- niepełne podstawowe/podstawowe gimnazjalne zawodowe średnie wyższe

63 STAN CYWILNY

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną odpowiedź*

- panna/kawaler mężatka/zonaty wdowa/wdowiec rozwiedziona/rozwiedziony

64 AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

Podpowiedź do pytania: *Wybierz jedną lub więcej odpowiedzi*

- pracuję zawodowo nie pracuję zawodowo jestem emerytem/emerytką jestem rencistą/rencistką
- prowadzę własną działalność gospodarczą

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!