

## Ankieta dotycząca środowiska kierowców i pasażerów korzystających z usług motoryzacyjnych z uwzględnieniem ich potrzeb w zakresie mobilności

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Ankieta jest anonimowa a jej celem jest określenie potrzeb motoryzacyjnych osób z niepełnosprawnościami. Wnioski z ankiety pozwolą nam podejmować działania i zgłaszać postulaty, pozwalające spełniać oczekiwania środowiska.

Prosimy zaznaczyć wybraną przez siebie odpowiedź. W niektórych pytaniach istnieje możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi.

1. **Wiek:**
  - a. 18-24
  - b. 25-39
  - c. 40-59
  - d. 60+
  
2. **Płeć:**
  - a. kobieta
  - b. mężczyzna
  
3. **Ankieta wypełnia:**
  - a. kierowca
  - b. pasażer
  - c. opiekun
  
4. **Czas powstania niepełnosprawności:**
  - a. wrodzona (od urodzenia)
  - b. nabyta w wyniku wypadku
  - c. nabyta w wyniku choroby
  
5. **Proszę podać stopień niepełnosprawności lub równoznaczny inny:**
  - Powiatowy/Miejski Zespół ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności
    - a. znaczny
    - b. umiarkowany
    - c. lekki
  - ZUS lub KIZ
    - d. całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji (dawna I grupa inwalidzka)
    - e. całkowita niezdolność do pracy (dawna II grupa inwalidzka)
    - f. częściowa niezdolność do pracy (dawna III grupa inwalidzka)
  - KRUS
    - g. osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
    - h. brak
    - i. pozostałe osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy
  
6. **Czy w Pana/Pani orzeczeniu jest zaznaczony art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, z późn. zm.)?**
  - a. TAK
  - b. NIE
  
7. **W jaki sposób Pan/Pani się porusza?**
  - a. samodzielnie bez pomocy urządzenia wspomagającego (wózka, kul)
  - b. na wózku
  - c. o kulach
  - d. z balkonikiem
  - e. inaczej (proszę wymienić jak?)

**8. Czy prawo jazdy uzyskał Pan/Pani jako osoba niepełnosprawna?**

- a. TAK
- b. NIE
- c. NIE DOTYCZY

**9. Czy potrzebuje Pan/Pani wsparcia innych osób do pełnienia ról społeczno-zawodowych?**

- a. TAK
- b. NIE

**10. Na jakie problemy związane z mobilnością napotyka osoba niepełnosprawna?**

(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- a. brak lub za mało usług transportowych
- b. brak dostępu do usług motoryzacyjnych
- c. niskie zasoby finansowe
- d. trudności ze znalezieniem pracy
- e. brak pracy
- f. niezaspakajanie podstawowych potrzeb
- g. brak pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej
- h. brak oferty rekreacyjnej dla osób niepełnosprawnych
- i. niemożność usamodzielnienia się
- j. inne (jakie? Proszę wymienić)

**11. Czy posiada Pan/Pani samochód?**

- a. TAK
- b. NIE

**12. Jaki samochód spełniałby Pana/Pani indywidualne potrzeby?:**

- a. sedan (nadwozie 4-drzwiowe)
- b. hatchback (nadwozie 5-drzwiowe)
- c. kombi
- d. minivan
- e. SUV
- f. inny (jaki?)

**13. Proszę umotywować decyzję o wyborze ze względu na:**

(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- a. komfort
- b. bagażnik
- c. zawieszenie
- d. przestronność wnętrza
- e. bezpieczeństwo
- f. taki typ pojazdu to moje marzenie
- g. inne (jakie?)

**14. Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a samochodami do wypożyczenia?**

- a. TAK
- b. NIE

**15. Czy korzysta Pan/Pani z adaptacji pojazdu?**

- a. TAK
- b. NIE

**16. Jeżeli TAK, to z jakiego typu adaptacji Pan/Pani korzysta?**

(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- a. urządzenie do ręcznej obsługi gazu, hamulca i/lub sprzęgła
- b. gałka mocowana na kierownicy pojazdu, umożliwiająca prowadzenie jedną ręką
- c. modyfikacja pedałów gazu, hamulca i sprzęgła
- d. blokada pedałów gazu
- e. wspomaganie kierownicy i systemu hamulcowego
- f. urządzenie do centralnego sterowania pojazdem działające na podczerwień
- g. siedzenie obrotowe
- h. podnośnik do wózka
- i. inne (jakie? Proszę wymienić)

**17. Jeżeli NIE, to z jakiego typu adaptacji Pan/Pani zamierza korzystać?**

(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- a. urządzenie do ręcznej obsługi gazu, hamulca i/lub sprzęgła
- b. gałka mocowana na kierownicy pojazdu, umożliwiająca prowadzenie jedną ręką
- c. modyfikacja pedałów gazu, hamulca i sprzęgła
- d. blokada pedałów gazu
- e. wspomaganie kierownicy i systemu hamulcowego
- f. urządzenie do centralnego sterowania pojazdem działające na podczerwień
- g. siedzenie obrotowe
- h. podnośnik do wózka
- i. inne (jakie?)

j. nie zamierzam korzystać

**18. Czy znane są Panu/Pani źródła finansowania dotyczące realizacji potrzeb motoryzacyjnych?**

- a. TAK
- b. NIE

**19. Jeśli TAK, Z jakiego wsparcia finansowego Pan/Pani korzysta w celu realizacji potrzeb motoryzacyjnych?**

(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- a. PFRON
- b. ZFRON/dofinansowanie od pracodawcy ZPCH
- c. organizacje pozarządowe
- d. 1% podatku przez Organizacje Pożytku Publicznego
- e. odliczenia od podatku
- f. portale społecznościowe (np. [www.zrzutka.pl](http://www.zrzutka.pl), [www.siepomaga.pl](http://www.siepomaga.pl))
- g. kredyt z banku
- h. pożyczka od rodziny
- i. inne (jakie?)

**20. Jeśli NIE, Z jakiego wsparcia finansowego Pan/Pani zamierza korzystać w celu realizacji potrzeb motoryzacyjnych?**

(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- a. PFRON
- b. ZFRON/dofinansowanie od pracodawcy ZPCH
- c. organizacje pozarządowe
- d. 1% podatku przez Organizacje Pożytku Publicznego
- e. odliczenia od podatku
- f. portale społecznościowe (np. [www.zrzutka.pl](http://www.zrzutka.pl), [www.siepomaga.pl](http://www.siepomaga.pl))
- g. kredyt z banku
- h. pożyczka od rodziny

- i. inne (jakie?)
  
- j. nie zamierzam korzystać

**21. Skąd czerpie Pan/Pani informacje o usługach i produktach motoryzacyjnych?**

(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- a. internet
- b. telefon
- c. telewizja
- d. kontakt osobisty z firmami
- e. inne (jakie?)

**22. Czy przy wyborze towarzystwa ubezpieczeniowego bierze Pan/Pani pod uwagę:**

- a. cenę
- b. rzetelność usług
- c. przysługujące zniżki

**23. Czy Stacje Kontroli Pojazdów spełniają Pana/Pani oczekiwania pod względem obsługi?**

- a. TAK
- b. NIE
- c. NIE DOTYCZY

Jeśli NIE, to proszę podać przyczynę niezadowolenia

- a. brak fachowej obsługi
- b. bariery architektoniczne
- c. inne (jaki? Proszę wymienić)

**24. Czy Ośrodek Szkolenia Kierowców, w którym odbywał Pan/Pani szkolenie spełnił Pana/Pani oczekiwania pod względem proponowanej usługi szkolenia?**

- a. TAK
- b. NIE
- c. NIE DOTYCZY

Jeżeli NIE, to proszę podać przyczynę niezadowolenia:

- a. niedostatecznie zaadaptowany pojazd
- b. bariery architektoniczne w miejscu szkolenia
- c. brak fachowych instruktorów
- d. inne (jakie?)

**25. Czy był/a Pan/Pani zadowolony/a z przebiegu egzaminu w Wojewódzkim Ośrodku Ruchu Drogowego?**

- a. TAK
- b. NIE
- c. NIE DOTYCZY

Jeżeli NIE, to proszę podać przyczynę niezadowolenia:

- a. trudności w komunikacji egzaminator-kursant
- b. bariery architektoniczne w miejscu egzaminowania
- c. trudność egzaminu
- d. nastawienie egzaminatora
- e. inne (jakie?)



**26. Czy stacje benzynowe spełniają Pana/Pani oczekiwania w zakresie obsługi klienta?**

- a. TAK
- b. NIE
- c. NIE DOTYCZY

Jeśli NIE, to proszę podać przyczyny niezadowolenia

**27. Jakich tematów nie poruszono w niniejszej ankiecie, a miałyby to wpływ na poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych w obszarach związanych z mobilnością / motoryzacją?**

Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety!