



**Pilotażowy program „Aktywny samorząd” Moduł I
współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
realizowany w Powiecie Ostrowskim
przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej.**

**ANKIETA EWALUACYJNA
ROK UDZIELENIA DOFINANSOWANIA 2020**

Objaśnienia:

- W pytaniach, przy których podana jest lista odpowiedzi prosimy wstawiać znak „x” w odpowiedniej kratce.
- W pytaniach z podaną skalą odpowiedzi (od 1 do 5), 1 jest oceną najniższą, a 5 oceną najwyższą.
- Ilekroć w poniższej ankiecie występuje wyraz Pani lub Pan, w tych pytaniach, w których mogą odnosić się one również do dzieci i/lub podopiecznych, w imieniu których rodzic lub opiekun prawny podpisał umowę w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.

INFORMACJE O BENEFICJENCIE PROGRAMU (przez beneficjenta programu rozumie się adresata programu, tj. pełnoletnią lub niepełnoletnią osobę niepełnosprawną, która spełniając warunki uczestnictwa w programie uzyskała pomoc ze środków PFRON).

1. Dane osobowe:

Imię i nazwisko:											
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> kod pocztowy poczta								 miejsowość ulica nr posesji

2. Miejsce zamieszkania:

- miasto wieś

3. Płeć:

- kobieta mężczyzna

4. Wiek

do 18 lat 19 – 25 lat 26 – 44 lata 45 – 60 lat w przypadku kobiet i 45-65 lat w przypadku mężczyzn powyżej 60 lat w przypadku kobiet i 65 lat w przypadku mężczyzn

5. Stopień niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne) posiadane w czasie realizacji Programu:

- orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku dzieci do 16 roku życia
- znaczny stopień niepełnosprawności
- umiarkowany stopień niepełnosprawności
- lekki stopień niepełnosprawności

6. Rodzaj niepełnosprawności wg. orzeczenia?

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P - choroby psychiczne
- 03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-O - choroby narządu wzroku
- 05-R – upośledzenie narządu ruchu
- 06-E - epilepsja
- 07-S - choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T - choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne, jakie.....
- 12-C - całościowe zaburzenia rozwoju

7. Czy obecnie Pani/Pan pracuje?

- TAK – pracuję na otwartym rynku pracy
- na umowę o pracę
- na umowę cywilno-prawną (umowa zlecenie, umowa o dzieło)
- prowadzę własną działalność gospodarczą
- TAK – pracuję na chronionym rynku pracy (ZPChr, ZAZ, Spółdzielnia socjalna)
- na umowę o pracę
- na umowę cywilno-prawną (umowa zlecenie, umowa o dzieło)
- Nie pracuję - uczę się – studiuje
- Nie pracuję, jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy
- Nie pracuję, ale poszukuję pracy na własną rękę
- Nie pracuję dlaczego.....

8. Jaka była Pani/Pana sytuacja zawodowa przed przystąpieniem do programu?

- pracowałam/pracowałem na otwartym rynku pracy
- pracowałam/pracowałem na chronionym rynku pracy
- prowadziłam/prowadziłem własną działalność gospodarczą
- studiowałam/studiowałem, uczyłam/uczyłem się
- byłam/byłem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy
- byłam/byłem osobą bezrobotną, nieaktywną zawodowo

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

9. Przedmiot dofinansowania ze środków PFRON to: (można zakreślić kilka odpowiedzi)

- A1 - zakup i montaż oprzyrządowania do posiadanego samochodu
- A2 - uzyskanie prawa jazdy
- B1 - zakup sprzętu komputerowego lub jego elementów oraz oprogramowania
- B4 - zakup sprzętu komputerowego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu słuchu)
- B5 – utrzymanie sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego
- C1 – zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
- C2 – utrzymanie sprawności technicznej wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
- C3 - zakup protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
- C5 – zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
- D – utrzymanie aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

10. Czy przedmioty dofinansowane ze środków PFRON są nadal w pełni sprawne? (nie dotyczy obszaru A2 oraz D)

- tak
- nie – dlaczego?.....

11. Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony z uzyskanego wsparcia?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie
- nie wiem/trudno powiedzieć

REHABILITACJA ZAWODOWA ADRESATA PROGRAMU

12. Dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu umożliwiło Pani/Panu: (można zakreślić kilka odpowiedzi)

- kontynuowanie pracy
- podjęcie stałej pracy
- rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej
- wzrost efektywności pracy
- wykonywanie pracy okresowej
- podniesienie kwalifikacji zawodowych
- przekwalifikowanie zawodowe
- podjęcie lepszej pracy
- podjęcie nauki na poziomie wyższym
- kontynuowanie nauki
- poprawę stanu zdrowia
- nic się nie zmieniło
- inne – jakie.....

13. Czy przed uzyskaniem pomocy ze środków PFRON, podejmowała/podejmował Pani/Pan próby poszukiwania pracy:

- tak
- nie

Jeżeli tak, to jakie Pani/Pana zdaniem wystąpiły trudności/przeszkody: (można zakreślić kilka odpowiedzi):

- niechęć/obawa pracodawców względem pracy osób niepełnosprawnych
- brak odpowiednich kwalifikacji zawodowych
- stanowisko pracy nieprzystosowane do rodzaju schorzenia
- bariery architektoniczne
- bariery transportowe (w poruszaniu się)
- bariery w komunikowaniu się (porozumiewaniu z otoczeniem)
- brak ofert pracy
- złe warunki pracy i płacy
- stan zdrowia
- inne *jakie*).....
- nie dotyczy, jeżeli zaznaczono wcześniej odpowiedź „nie”

14. Po otrzymaniu dofinansowania z programu uważa Pani/Pan, że trudności/przeszkody wymienione wyżej:

<input type="checkbox"/> udało się całkowicie zlikwidować	<input type="checkbox"/> udało się zmniejszyć	<input type="checkbox"/> pozostały bez zmian	<input type="checkbox"/> pogłębiły się
---	---	--	--

REHABILITACJA SPOŁECZNA ADRESATA PROGRAMU

15. Dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu umożliwiło Pani/Panu:
(można zakreślić kilka odpowiedzi)

- podjęcie nauki na wyższym poziomie
- kontynuowanie nauki
- polepszenie warunków życia
- usamodzielnienie się
- rozwijanie własnych zainteresowań
- nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów z ludźmi
- zaangażowanie się w pracę społeczną
- likwidację barier w dostępie do uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym
- likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się samodzielnie
- likwidację barier transportowych (w poruszaniu się)
- nic się nie zmieniło
- inne

16. Jakie trudności/przeszkody towarzyszyły Pani/Panu w podejmowaniu aktywności społecznej (można zakreślić kilka odpowiedzi)

- brak sprzętu elektronicznego np. komputer, laptop, smartfon itp.
- brak odpowiedniego oprogramowania ułatwiającego komunikację
- brak urządzeń lektorskich, brailowskich

- ograniczenia związane z niepełnosprawnością
- bariery architektoniczne
- bariery transportowe (w poruszaniu się)
- trudność w znalezieniu oferty (kulturalnej, turystycznej)
- trudności natury finansowej
- zły stan zdrowia
- inne (*jakie*).....
- nie dotyczy (nie było trudności)

17. Czy po otrzymaniu dofinansowania z programu uważa Pani/Pan, że trudności/przeszkody wymienione wyżej:

<input type="checkbox"/> udało się całkowicie zlikwidować	<input type="checkbox"/> udało się zmniejszyć	<input type="checkbox"/> pozostały bez zmian	<input type="checkbox"/> pogłębiły się
---	---	--	--

ZASOBY I KOMPETENCJE BENEFICJENTÓW PROGRAMU

18. Poziom wykształcenia:

- gimnazjalne lub poniżej
- zasadnicze zawodowe
- średnie zawodowe
- średnie ogólnokształcące
- wyższe

19. Czy pobiera Pani/Pan naukę?

- tak
- nie

20. Czy w ramach programu korzystała/korzystał Pani/Pan z dofinansowania do poniesionych kosztów nauki?

- tak
- nie

PYTANIA RÓŻNE

21. Czy w wyniku uczestnictwa Pani/Pana w pilotażowym programie „Aktywny samorząd” zostały zlikwidowane lub zmniejszone bariery uniemożliwiające uczestnictwo w życiu:

społecznym?

- tak nie – dlaczego
-

zawodowym?

- tak nie - dlaczego
-

w dostępie do edukacji?

- tak nie - dlaczego.....
-

22. Czy Pani/Pana aktywność społeczna lub zawodowa wzrosła w wyniku uczestnictwa w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”

- tak nie – dlaczego
-

23. *Czy napotkała Pani/napotkał Pan na poważne uchybienia ze strony dostawcy przedmiotu dofinansowania?* (można zakreślić kilka odpowiedzi)

tak – proszę podać jakie:

- dostawa przedmiotu dofinansowania po wyznaczonym terminie
- dostarczenie wadliwego przedmiotu dofinansowania
- dostarczenie przedmiotu dofinansowania niezgodnego ze specyfikacją na fakturze
- brak właściwego serwisu posprzedażnego
- inne, jakie

nie

24. *Jak Pani/Pan ocenia wpływ udzielonej pomocy ze środków PFRON na swoją/podopiecznego rehabilitację zawodową?* (ocena w skali od 1 do 5, gdzie 1 to najniższa ocena, 5 ocena najwyższa)

- w skali od 1 do 5
- nie dotyczy

25. *Jak Pani/Pan ocenia wpływ udzielonej pomocy ze środków PFRON na swoją/podopiecznego rehabilitację społeczną?* (ocena w skali od 1 do 5, gdzie 1 to najniższa ocena, 5 ocena najwyższa)

- w skali od 1 do 5
- nie dotyczy

26. *Dzięki pomocy otrzymanej ze środków PFRON w ramach programu Pani/Pana/Podopiecznego poziom życia:*

- podniósł się
- obniżył się
- pozostał bez zmian

27. *W ramach ilu obszarów programu uzyskała Pani/uzyskał Pan/Podopieczny dofinansowanie ze środków PFRON?*

- w jednym
- w dwóch
- w trzech
- powyżej trzech,..... (należy wpisać liczbę obszarów)

28. *Jak ocenia Pani/Pan obsługę programu przez pracowników PCPR w skali od 1 do 5? (gdzie 1 to najniższa ocena, 5 ocena najwyższa)*

29. *Jakie było Pani/Pana źródło informacji o możliwości dofinansowania w ramach programu?* (można zakreślić kilka odpowiedzi)

- prasa
- radio
- telewizja
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
- ośrodek pomocy społecznej
- znajomi
- Internet
- inne, jakie

30. Czy działa Pani/Pan na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych?

- tak
 nie

31. Czy chciałaby/chciałby Pani/Pan zaangażować się na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych?

- tak
 nie – dlaczego

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY

Data	Czytelny podpis Beneficjenta
------	------------------------------

INFORMACJA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO)

informujemy, że:

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowi Mazowieckiej, adres: ul. Widnichowska 20, 07-300 Ostrów Mazowiecka;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: pcpr@powiatostrowmaz.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceńbiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Oświadczam, że zapoznałem/lam się z treścią ww. klauzuli

.....
czytelny podpis