  

**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 2021**

**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, odnoszą 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: ……………………………………………………………………………………. |
| └──┴──┘-└──┴──┴──┘kod pocztowy…………………………….poczta | …………………..…... | ………..………………... | …………... |
| miejscowość | ulica | nr posesji |

 **2. *Miejsce zamieszkania*:**

[ ]  miasto [ ]  wieś

###  3. Płeć:

kobieta mężczyzna

### 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

### 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

### 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

### 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 – studiuję

Nie pracuję, jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy
Nie pracuję, ale poszukuję pracy na własną rękę

Nie pracuję dlaczego……………………………………………………………………...

1. ***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

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

A1 - zakup i montaż oprzyrządowania do posiadanego samochodu

B1 - zakup sprzętu komputerowego lub jego elementów oraz oprogramowania

  B4 - zakup sprzętu komputerowego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu słuchu)

C1 – zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

 C2 – utrzymanie sprawności technicznej wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

C5 – zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

D – utrzymanie aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

### Czy przedmioty dofinansowane ze środków PFRON są nadal w pełni sprawne? (nie dotyczy obszaru D)

tak

nie – dlaczego?.....…………………………………………………………………………

### 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

### 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……………………………………………….

### 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”

###  Po otrzymaniu dofinansowania z programu uważa Pani/Pan, że trudności/przeszkody

***wymienione wyżej:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  udało się całkowicie zlikwidować |  udało sięzmniejszyć |  pozostały bezzmian |  pogłębiły się |

**REHABILITACJA SPOŁECZNA ADRESATA PROGRAMU**

1. ***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 ……………………………………………………………………………………..

1. ***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)

### Czy po otrzymaniu dofinansowania z programu uważa Pani/Pan, że

***trudności/przeszkody wymienione wyżej:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  udało się całkowicie zlikwidować |  udało sięzmniejszyć |  pozostały bezzmian |  pogłębiły się |

**ZASOBY I KOMPETENCJE BENEFICJENTÓW PROGRAMU**

1. ***Poziom wykształcenia:***

gimnazjalne lub poniżej zasadnicze zawodowe średnie zawodowe

średnie ogólnokształcące

wyższe

### Czy pobiera Pani/Pan naukę?

tak nie

### 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 …………………………………………………………………………………………..**

1. ***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

### 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

### 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

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

podniósł się obniżył się

pozostał bez zmian

###  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)

###  Jak ocenia Pani/Pan obsługę programu przez pracowników PCPR w skali od 1 do 5?

***(gdzie 1 to najniższa ocena, 5 ocena najwyższa)* .........................**

1. ***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 ..........................................................................................................................

### Czy działa Pani/Pan na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych?

tak nie

### Czy chciałaby/chciałby Pani/Pan zaangażować się w działalność 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, zleceniobiorcą 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/łam się z treścią ww. klauzuli*……………………………………………czytelny podpis |