



**Pilotażowy program „Aktywny samorząd” Moduł II
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.

INFORMACJE O BENEFICJENCIE PROGRAMU (przez beneficjenta programu rozumie się adresata programu, tj. 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 pocztą								 miejsowość ulica nr posesji

2. Miejsce zamieszkania:

- miasto wieś

3. Płeć:

- kobieta mężczyzna

4. Wiek:

- 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 powyżej 65 lat w przypadku mężczyzn

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

- 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 cywilnoprawną (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.....

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

9. Czy gdyby nie uzyskała/uzyskał Pani/Pan wsparcia finansowego w ramach programu Aktywny Samorząd, to czy rozpoczęłaby/rozpocząłby Pani/Pan naukę lub studia?

- zdecydowanie tak raczej tak raczej nie zdecydowanie nie nie wiem

10. Czy gdyby nie uzyskała/uzyskał Pani/Pan wsparcia finansowego w ramach programu Aktywny Samorząd, to czy kontynuowałaby/kontynuowałby Pani/Pan naukę lub studia?

zdecydowanie tak raczej tak raczej nie zdecydowanie nie nie wiem

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

11. Jaki rodzaj nauki został dofinansowany w ramach programu Aktywny Samorząd

- jednolite studia magisterskie (kończące się uzyskaniem tytułu: magister, magister inżynier)
- studia I stopnia (kończące się uzyskaniem tytułu: licencjat, inżynier)
- studia II stopnia (wymaga uprzedniego ukończenia studiów I stopnia kończące się uzyskaniem tytułu: magister, magister inżynier)
- studia doktoranckie
- studia podyplomowe
- nauka w szkole policealnej
- przeprowadzenie przewodu doktorskiego
- nauka w kolegium

12. Forma uczelni

- prywatna
- publiczna

13. Profil wydziału uczelni, na którym Pani/Pan studiowała/studiował w ramach otrzymanego dofinansowania?

- techniczny
- humanistyczny
- ekonomiczny
- przyrodniczy
- artystyczny
- medyczny
- rolniczy
- informatyczny
- inny – jaki.....

14. Tryb studiów, nauki?

- stacjonarny (dzienny)
- niestacjonarny (wieczorowy, zaoczny lub eksternistyczny za pośrednictwem Internetu)
- nie dotyczy

15. Na co przeznaczone zostało otrzymane dofinansowanie?

- opłata za naukę(czesne)
- zakup pomocy naukowych
- zakwaterowanie
- opłaty transportowe
- dostęp do Internetu
- inne jakie.....

16. Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony z uzyskanego dofinansowania?

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

17. Czy wysokość otrzymanego dofinansowania jest wystarczająca?

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

REHABILITACJA ZAWODOWA ADRESATA PROGRAMU

I

18. 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
- inne

19. 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
- brak stanowiska pracy nieprzystosowanego 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
- zły stan zdrowia
- inne

(jakie).....
.....

20. Po otrzymaniu dofinansowania z programu uważa Pani/Pan, że trudności/przeszkody wymienione wyżej tj. dot. aktywności zawodowej:

<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

21. Jakie są Pani/Pana zdaniem najważniejsze ograniczenia związane z niepełnosprawnością, które utrudniają aktywność społeczno-zawodową?

- ograniczenia zdrowotne
- bariery architektoniczne (utrudniające funkcjonowanie w sferze prywatnej, zawodowej)
- bariery środowiskowe (związane z miejscem zamieszkania)
- bariery motywacyjne - osobiste
- bariery finansowe
- niechęć pracodawców do zatrudniania osób z niepełnosprawnością
- brak odpowiedniego wsparcia
- inne powody – jakie?.....

22. Dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu umożliwiło Pani/Panu:

(można zakreślić kilka odpowiedzi)

- podjęcie nauki na wyższym poziomie
- kontynuowanie nauki
- zwiększenie motywacji do nauki
- polepszenie warunków nauki
- usamodzielnienie się
- rozwijanie własnych zainteresowań
- nawiązanie i podtrzymanie kontaktów z innymi ludźmi
- zaangażowanie się w pracę społeczną
- zmianę pozycji społecznej
- zmianę środowiska
- zmianę sytuacji rodzinnej
- nic nie zmieniło
- inne (jakie?)

23. 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 komunikowanie się
- brak urządzeń lektorskich, brailowskich
- ograniczenia związane ze schorzeniem
- 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)

24. Czy po otrzymaniu dofinansowania z programu uważa Pani/Pan, że trudności/przeszkody wymienione wyżej tj. dot. aktywności społecznej:

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

25. 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

26. Czy Pani/Pana aktywność społeczna lub zawodowa wzrosła w wyniku uczestnictwa w pilotażowym programie "Aktywny samorząd" – Moduł II?

tak nie – dlaczego

27. Jak Pani/Pan ocenia wpływ udzielonej pomocy ze środków PFRON na swoją 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

28. Jak Pani/Pan ocenia wpływ udzielonej pomocy ze środków PFRON na swoją 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

29. Jakie ma Pani/Pan potrzeby w zakresie aktywności społeczno-zawodowej?

udział w szkoleniach, treningach, warsztatach umiejętności społecznych, uczenia się kreatywności, przedsiębiorczości

nabycie nowych kwalifikacji, zawodu i umiejętności

poradnictwo, doradztwo zawodowe

staż zawodowy wolontariat

inne (należy wymienić jakie)

30. Poziom wykształcenia:

średnie zawodowe

średnie ogólnokształcące

wyższe

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

- podniósł się
- obniżył się
- pozostał bez zmian

32. W ramach ilu modułów/obszarów programu uzyskała Pani/Pan dofinansowanie ze środków PFRON?

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

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

34. 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

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

- tak
- nie

36. 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 Ostrow Mazowiecka;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: pcp@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/lam się z treścią ww. klauzuli

.....
czytelny podpis