  

**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 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.

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

**2. *Miejsce zamieszkania*:**

miasto  wieś

### Płeć:

kobieta mężczyzna

### 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

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

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 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………………………………………………………………………………..

### 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

### Czy gdyby nie uzyskała/uzyskał Pani/Pan wsparcia finansowego w ramach pilotażowego

***programu „Aktywny samorząd”, to czy rozpoczęłaby/rozpocząłby Pani/Pan naukę lub studia?***

zdecydowanie tak raczej tak raczej nie zdecydowanie nie nie wiem

### Czy gdyby nie uzyskała/uzyskał Pani/Pan wsparcia finansowego w ramach pilotażowego

***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

### Jaki rodzaj nauki został dofinansowany w ramach pilotażowego 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

### Forma uczelni?

prywatna publiczna

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

techniczny humanistyczny ekonomiczny

przyrodniczy

artystyczny medyczny rolniczy informatyczny

inny – jaki……………………………………………………………………………….

### Tryb studiów, nauki?

stacjonarny (dzienny)

niestacjonarny (wieczorowy, zaoczny lub eksternistyczny za pośrednictwem Internetu)

nie dotyczy

### Na co przeznaczone zostało otrzymane dofinansowanie?

opłata za naukę(czesne) zakup pomocy naukowych zakwaterowanie

opłaty transportowe

dostęp do Internetu

inne jakie………………………………………………………………………………..

### Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony z uzyskanego dofinansowania?

zdecydowanie tak raczej tak

raczej nie

zdecydowanie nie

nie wiem / trudno powiedzieć

### Czy wysokość otrzymanego dofinansowania jest wystarczająca?

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

inne ……………………………………………………………………………………..

### 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 (j*akie).........................................................................................................................*..........................................................................................................................................................

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

***wymienione wyżej tj. dot. aktywności zawodowej:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  udało się całkowicie zlikwidować |  udało się  zmniejszyć |  pozostały bez  zmian |  pogłębiły się |

**REHABILITACJA SPOŁECZNA ADRESATA PROGRAMU**

1. ***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 miejsce zamieszkania) bariery motywacyjne - osobiste

bariery finansowe

niechęć pracodawców do zatrudniania osób z niepełnosprawnością

brak odpowiedniego wsparcia

inne powody – jakie?.....................................................................................................

## *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?) ……………………………………………………….

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 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)

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

***trudności/przeszkody wymienione wyżej tj. dot. aktywności społecznej:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  udało się całkowicie zlikwidować |  udało się  zmniejszyć |  pozostały bez  zmian |  pogłębiły się |

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

### Czy Pani/Pana aktywność społeczna lub zawodowa wzrosła w wyniku uczestnictwa w pilotażowym programie “Aktywny samorząd” – Moduł II?

tak nie – dlaczego…………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………

### 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

### 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

### 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) …………………………………………………………

### Poziom wykształcenia:

średnie zawodowe średnie ogólnokształcące wyższe

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

***życia:***

podniósł się obniżył się pozostał bez zmian

### 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)

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

### 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 |