

Ankieta ewaluacyjna dla uczestników Programu

Instrukcja: Ankietę należy przekazać każdemu uczestnikowi po zakończeniu uczestnictwa. Ankieta jest **anonimowa**, należy udzielić odpowiedzi jedynie na zawarte w niej pytania. Wyniki z przeprowadzonego badania Realizator jest zobowiązany umieścić w Załączniku (numer) w formie zsumowanych wyników dla wszystkich uczestników, wskazując dane dla poszczególnych, wyróżnionych kategorii. Nie należy podawać żadnych dodatkowych danych umożliwiających zidentyfikowanie uczestnika. Pytania oznaczone * zawierają możliwość udzielenia odpowiedzi poza katalogiem uwzględnionym w pytaniu.

1. Wiek uczestnika:
 - ☐ 15-17
 - ☐ 18-24
 - ☐ 25-34
 - ☐ 35-44
 - ☐ 45-59
 - ☐ 60-64
 - ☐ 65 lat i więcej
2. Płeć uczestnika:
 - ☐ Kobieta
 - ☐ Mężczyzna
3. Wielkość miejsca zamieszkania:
 - ☐ Wieś
 - ☐ Miasto do 50 tys.
 - ☐ Miasto od 50 tys. do 150 tys.
 - ☐ Miasto od 150 tys. do 500 tys.
 - ☐ Miasto powyżej 500 tys.
4. Województwo, na terenie którego uczestnik korzystał z Programu:
 - ☐ Dolnośląskie
 - ☐ Kujawsko-pomorskie
 - ☐ Lubelskie
 - ☐ Lubuskie
 - ☐ Łódzkie
 - ☐ Małopolskie
 - ☐ Mazowieckie

- Opolskie
 - Podkarpackie
 - Podlaskie
 - Pomorskie
 - Śląskie
 - Świętokrzyskie
 - Warmińsko-mazurskie
 - Wielkopolskie
 - Zachodniopomorskie
5. Wykształcenie uczestnika:
- Podstawowe
 - Gimnazjalne
 - Średnie
 - Zawodowe
 - Wyższe
6. Sytuacja zawodowa uczestnika w dniu zgłoszenia udziału:
- Bezrobotny/a
 - Bierny/a zawodowo poszukujący/a pracy
 - Bierny/a zawodowo nie poszukujący/a pracy
 - Zatrudniony
7. Liczba osób z niepełnosprawnością, nad którą/ którymi sprawuje Pan/Pani opiekę:
- 1
 - 2
 - 3
 - 4 i więcej.
8. Wiek osoby z niepełnosprawnością nad którą jest sprawowana opieka: lat
9. **Jeżeli opieka jest sprawowana nad więcej niż jedną osobą, proszę wskazać wiek każdej osoby:*
- Wiek 1-szej osoby z niepełnosprawnością: lat
 - Wiek 2-giej osoby z niepełnosprawnością: lat
 - Wiek 3-ciej osoby z niepełnosprawnością: lat
 - Wiek 4-tej osoby z niepełnosprawnością: lat
 - Nie dotyczy.
10. Czy pobiera Pan/Pani świadczenia w związku z pełnieniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością:
- Nie
 - Tak*
11. **Jeśli pobiera Pan/Pani świadczenia w związku z pełnieniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością to jakie:*
- Świadczenie pielęgnacyjne na „starych zasadach”
 - Świadczenie pielęgnacyjne na „nowych zasadach”
 - Zasiłek opiekuńczy
 - Specjalny zasiłek opiekuńczy
 - Świadczenie opiekuńcze

- Inne, (jakie?)
.....
.....
 - Nie dotyczy
12. Czy był/a Pan/i zatrudniona przed udziałem w Programie:
- Nie
 - Tak
13. *Jeśli tak, to na jakiej podstawie:
- Umowa o pracę
 - Umowa zlecenie
 - Umowa o dzieło
 - Umowa o pracę nakładczą
 - Umowa na pracę sezonową
 - Inna,
 - Nie dotyczy
14. *Jeśli tak, to ile trwało zatrudnienie
- Mniej niż 3 miesiące
 - 3 miesiące, ale krócej niż rok
 - 1 rok, ale mniej niż 3 lata
 - 3 lata i więcej
 - Nadal jestem zatrudniony/a, od
 - Nie dotyczy
15. Czy był/a Pan/i aktywna na rynku pracy przed udziałem w Programie?
- Tak
 - Nie
16. *Jeśli tak, jaką pracę Pan/i wykonywał/a dotychczas?
17. *Jeśli nie, jak długo pozostaje Pan/Pani bez pracy?
- Mniej niż 3 miesiące
 - 3 miesiące, ale krócej niż rok
 - 1 rok, ale mniej niż 3 lata
 - 3 lata i więcej
 - Nadal jestem zatrudniony/a, od
18. Do jakiej grupy podmiotów należał Realizator Programu, w którym Pan/i uczestniczył/a?
- podmiot ekonomii społecznej;
 - publiczne służby zatrudnienia;
 - OHP;
 - agencja zatrudnienia;
 - instytucja szkoleniowa;
 - jednostka samorządu terytorialnego.
19. Którym Modułem został/a Pan/i objęta?
- Tylko Moduł I
 - Tylko Moduł II
 - Moduł I i Moduł II u tego samego realizatora

- Moduł I i Moduł II u dwóch realizatorów

20. W jakich zadaniach brał/a Pan/i udział? (właściwe podkreślić)

- Moduł I

1. indywidualne konsultacje z doradcą zawodowym;
2. warsztaty dotyczące planowania kariery, przygotowania CV i rozmów kwalifikacyjnych;
3. analizę kompetencji i wsparcie uczestnika Programu w wyborze ścieżki zawodowej;
4. wsparcie w opracowaniu Indywidualnego Planu Działania prowadzącego do podjęcia zatrudnienia przez uczestnika Programu;
5. wsparcie w poszukiwaniu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie umów cywilnoprawnych, z uwzględnieniem m.in. pracy zdalnej, różnych form organizacji czasu pracy, pracy w różnych wymiarach czasu pracy, zatrudnienia na czas określony, pracy tymczasowej, zatrudnienia na czas wykonania określonej pracy;
6. wsparcie w poszukiwaniu programów stażowych i mentoringowych;
7. wsparcie w poszukiwaniu pracodawców oferujących zatrudnienie na warunkach umożliwiających łączenie obowiązków zawodowych z obowiązkami wynikającymi ze sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
8. wsparcie w założeniu własnej działalności gospodarczej przez uczestnika Programu.

- Moduł II

1. warsztaty radzenia sobie ze stresem;
2. konsultacje z psychologiem i coachem kariery;
3. warsztaty o tematyce przeciwdziałania wykluczeniu i izolacji społecznej opiekunów osób niepełnosprawnych;
4. warsztaty albo konsultacje mające na celu poprawę relacji rodzinnych i społecznych oraz równowagi między życiem zawodowym a osobistym;
5. szkolenia o charakterze warsztatowym dotyczące np. zarządzania czasem, negocjacji, asertywności, komunikacji interpersonalnej, radzenia sobie z konfliktami, inteligencji emocjonalnej, pracy zespołowej;
6. kursy komputerowe dostosowane do poziomu zaawansowania obsługi komputera przez uczestnika Programu;

- 7. szkolenia lub kursy z obszaru już posiadanych umiejętności/kwalifikacji - aktualizacja wiedzy po przerwie w wykonywaniu pracy;
- 8. szkolenia lub kursy zawodowe pozwalające uzyskać nowe kompetencje i/lub uprawnienia zawodowe.

21. Czy w trakcie lub po zakończeniu udziału w Programie podjął/ęła Pan/i staż/praktyki/pracę:

- ☐ Tak
- ☐ Nie

22. *Jeśli tak, proszę wskazać które:

- ☐ Staż
- ☐ Praktyki
- ☐ Pracę
- ☐ Nie dotyczy

23. *Jeśli tak, w jakim wymiarze:

- ☐ Pełny etat (w przypadku pracy)
- ☐ Część etatu, wskazać jaką część (w przypadku pracy)
- ☐ (liczba tygodni lub miesięcy w przypadku praktyk lub stażu)
- ☐ Nie dotyczy

24. *Jeśli tak, w jakim trybie:

- ☐ Podstawowy czas pracy
- ☐ Zadaniowy czas pracy
- ☐ Przerwany czas pracy
- ☐ Skrócony czas pracy,
- ☐ Inne:
- ☐ Nie dotyczy

25. *Jeśli tak, w jakim systemie:

- ☐ Praca tylko stacjonarna
- ☐ Praca hybrydowa
- ☐ Praca w pełni zdalna
- ☐ Nie dotyczy

26. Jeśli tak, na podstawie jakiej umowy

- ☐ Umowa o pracę
- ☐ Umowa zlecenie
- ☐ Umowa o dzieło
- ☐ Umowa o pracę nakładczą
- ☐ Umowa na pracę sezonową
- ☐ Inna:
- ☐ Nie dotyczy

27. *Jeśli tak, na jakim stanowisku (wskazać)

.....

28. *Jeśli nie, proszę wskazać przyczynę:

- Brak dostępnych ofert pracy
- Brak możliwości pogodzenia obowiązków związanych z opieką nad osobą z niepełnosprawnością z podjęciem zatrudnienia
- Możliwa utrata świadczenia pieniężnego z tytułu uzyskania wyższego dochodu
- Inne,(jakie?).....
- Nie dotyczy

29. Jak ocenia Pan/i udział w Programie?

- 5 – bardzo dobrze
- 4 – dobrze
- 3 – przeciętnie
- 2 – raczej źle
- 1 – źle
- Nie mam zdania

30. Czy Pana/Pani zdaniem udział w Programie poprawił Pana/i sytuację na rynku pracy?

- Tak
- Nie