

## ANKIETA EWALUACYJNA PILOTAŻOWEGO PROGRAMU PFRON „AKTYWNY SAMORZĄD”

Rok udzielenia pomocy – 2018

Szanowni Państwo!

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zabkowicach Śląskich, w ramach realizacji programu "Aktywny samorząd", przeprowadza badania ankietowe na temat otrzymanej przez Pana/Panią pomocy w w/w Programie. Wnioski z ankiet zostaną wykorzystane do sporządzenia raportu podsumowującego. Uprzejmie prosimy o dokładne przeczytanie każdego pytania zawartego w ankiecie i udzielenie odpowiedzi.

Prosimy o dostarczenie wypełnionej ankiety ewaluacyjnej osobiście, przesłanie pocztą e-mail na adres [sekretariat@pcpr-zabkowiceslaskie.pl](mailto:sekretariat@pcpr-zabkowiceslaskie.pl) lub pocztą na adres PCPR w Zabkowicach Śląskich ul. B. Prusa 5. Ankieta w wersji elektronicznej jest dostępna na stronie [www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl](http://www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl)

### Uwaga:

- W pytaniach, przy których podana jest lista odpowiedzi prosimy zaznaczyć odpowiednią odpowiedź.
- W pytaniach z podaną skalą odpowiedzi (od 1 do 5), 1 jest oceną najniższą, a 5 oceną najwyższą.
- Ilekroć w poniższej ankiecie występuje wyraz Pan lub Pani, 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 programu „Aktywny samorząd”.

### METRYCZKA:

**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).

#### **Miejsce zamieszkania:**

- miasto
- wieś

#### **Płeć:**

- kobieta
- mężczyzna

#### **Wiek:**

- poniżej 16 roku życia
- 16 lat – 20 lat
- 21 lat – 30 lat
- 31 lat – 40 lat
- 41 lat – 50 lat
- 51 lat – 60 lat
- 61 lat – wzwyż

#### **Aktualny stopień niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne):**

- orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku dzieci do 16-go roku życia
- znaczny stopień niepełnosprawności
- umiarkowany stopień niepełnosprawności
- lekki stopień niepełnosprawności
- brak ważnego orzeczenia o niepełnosprawności

**Do której grupy osób zakwalifikował/a by się Pan/i:**

- osoba niewidoma
- osoba słabowidząca
- osoba z dysfunkcją narządu ruchu
- do innej (jakiej ?) – .....
- osoba ze sprzężonymi niepełnosprawnościami

## **CZEŚĆ MERYTORYCZNA**

**1) Proszę wymienić, co było przedmiotem dofinansowania w ramach programu „Aktywny samorząd”:** (można zakreślić kilka odpowiedzi)

- MODUŁ I:**
- Obszar A – Zadanie nr 1** – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu
- Obszar A – Zadanie nr 2** – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B
- Obszar B – Zadanie nr 1** – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
- Obszar B – Zadanie nr 2** – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
- Obszar C – Zadanie nr 1** – pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
- Obszar C – Zadanie nr 2** – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
- Obszar C – Zadanie nr 3** – pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
- Obszar C – Zadanie nr 4** – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
- Obszar D** – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej
- MODUŁ II** – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

**2) Proszę wskazać źródło z jakiego uzyskał/a Pan/Pani informację o możliwości skorzystania z dofinansowania w ramach programu „Aktywny samorząd”?** (można zakreślić kilka odpowiedzi):

- prasa
- radio
- telewizja
- Internet
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
- Polski Związek Niewidomych
- Ośrodek Pomocy Społecznej
- uczelnia/szkoła
- inne źródło, jakie? .....

**3) Czy w okresie wnioskowania o pomoc ze środków PFRON w ramach programu:**

- był/a Pan/i zatrudniony/a
- prowadził/a Pan/i działalność gospodarczą
- prowadził/a Pan/i działalność rolniczą
- był/a Pan/i na stażu zawodowym
- był/a Pan/i zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy
- nie był/a Pan/i zatrudniona
- nie dotyczy

**4) Czy w okresie wnioskowania o pomoc ze środków PFRON w ramach programu był/a Pan/i uczniem/studentem:**

- Tak
- Nie

**5) Dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu umożliwiło Panu/i:** (można zakreślić kilka odpowiedzi)

- kontynuowanie pracy
- podjęcie stałej pracy
- rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej
- zwiększenie wydajności pracy
- wykonywanie pracy sezonowej
- podniesienie kwalifikacji zawodowych
- zmianę kwalifikacji zawodowych
- podjęcie lepszej pracy
- podjęcie nauki/studiów
- ukończenie nauki/studiów
- nie dotyczy

**6) Obecna Pana/i aktywność zawodowa:**

- jest Pan/i zatrudniony/a
- prowadzi Pan/i działalność gospodarczą
- prowadzi Pan/i działalność rolniczą
- jest Pan/i na stażu zawodowym
- jest Pan/i zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy
- nie jestem zatrudniony/a
- nie dotyczy

**7) Proszę wskazać w jakich obszarach życia codziennego przedmiot dofinansowania przyniósł/przynosi największe korzyści i pozytywną zmianę** (można zakreślić kilka odpowiedzi):

- rozwijanie zainteresowań
- podtrzymanie i nawiązanie nowych znajomości
- poprawa kondycji finansowej
- ukończenie szkoły/studiów
- samodzielność w załatwianiu spraw
- podjęcie nauki
- poprawa zdrowia i samopoczucia
- uzyskanie zatrudnienia
- utrzymanie zatrudnienia
- awans społeczny/zawodowy
- usamodzielnienie się
- zaangażowanie się w pracę społeczną
- inne (jakie?) - .....

**8) W jaki sposób dofinansowanie zmniejszyło bariery w życiu społecznym, zawodowym lub dostępie do edukacji ?**

.....

.....

.....

**9) Proszę określić w jakim stopniu dofinansowanie lub przedmiot dofinansowania przyczyniło się do poprawy Pani/Pana sytuacji życiowej** (w skali od 1 do 5):

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**10) Czy Pani/Pana zdaniem dofinansowania w ramach Pilotażowego programu „Aktywny samorząd” są skuteczne?**

- Tak
- Nie

**11) Czy wysokość otrzymanego dofinansowania była wystarczająca do Pani/Pana potrzeb?**

- Tak
- Nie (jeżeli „nie”, to dlaczego ?).....  
.....  
.....

**12) Czy dofinansowania w ramach Pilotażowego programu „Aktywny samorząd” powinny być rozszerzone o inne obszary/przedmioty dofinansowania (co jeszcze mogłoby być dofinansowane w ramach programu?)**

- Tak (o jakie?).....  
.....
- Nie

**13) Czy miał/a Pani/Pan jakieś trudności związane z procedurami dotyczącymi przyznania dofinansowania?**

- Tak (jeżeli tak, to jakie?).....
- Nie

**14) Jak Pani/Pan ocenia obsługę programu przez pracowników PCPR w Ząbkowicach Śląskich? (w skali od 1 do 5):**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**Uwagi**.....

**15) Inne uwagi do programu:**

.....  
.....  
.....  
.....

Data, .....

**Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety!**