**ANKIETA EWALUACYJNA PILOTAŻOWEGO PROGRAMU PFRON**

**„AKTYWNY SAMORZĄD”**

**Szanowni Państwo!**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie, w ramach realizacji programu „Aktywny Samorząd”, przeprowadza badania ankietowe dotyczące Państwa doświadczenia w roku 2020.

Badanie jest anonimowe, a wyniki będą służyły wyłącznie do celów ewaluacyjnych.

Uprzejmie prosimy o dokładne przeczytanie każdego pytania zawartego w ankiecie i udzielenie odpowiedzi.

**Objaśnienia:**

- w pytaniach, przy których podana jest lista odpowiedzi prosimy wstawić znak „x” w odpowiedniej kratce;

- 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”;

**-** informacje beneficjenta według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r.

1. **Jakie było Pana/Pani źródło informacji o programie „Aktywny Samorząd”?** (proszę wybrać jedną lub więcej odpowiedzi)

 rodzina/znajomi prasa

 radio telewizja

 strona internetowa Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

 pracownik Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

 strona internetowa Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie

 pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie

 strona internetowa Ośrodka Pomocy Społecznej w Wołominie

 pracownik Ośrodka Pomocy Społecznej w Wołominie inne

1. **Proszę wymienić co było przedmiotem dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”** (proszę wybrać jedną lub więcej odpowiedzi)

 Moduł I, Obszar A, Zadanie nr 1

 Moduł I, Obszar A, Zadanie nr 2

 Moduł I, Obszar B, Zadanie nr 1

 Moduł I, Obszar B, Zadanie nr 3

 Moduł I, Obszar B, Zadanie nr 4

 Moduł I, Obszar C, Zadanie nr 1

 Moduł I, Obszar C, Zadanie nr 2

 Moduł I, Obszar C, Zadanie nr 3

 Moduł I, Obszar C, Zadanie nr 4

 Moduł I, Obszar C, Zadanie nr 5

 Moduł I, Obszar D

 Moduł II

1. **Dofinansowanie ze środków w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” umożliwiło Panu/Pani:** (proszę wybrać jedną lub kilka odpowiedzi)

 podjęcie nauki/studiów podniesienie kwalifikacji zawodowych

 podjęcie nowej pracy zmianę kwalifikacji zawodowych

 kontynuowanie pracy rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej

 nie dotyczy

1. **Proszę wskazać w jakich obszarach życia codziennego przedmiot dofinansowania przyniósł/przynosi największe korzyści i pozytywną zmianę:** (proszę wybrać jedną lub kilka odpowiedzi)

 rozwijanie zainteresowań podtrzymywanie i nawiązywanie nowych znajomości

 poprawa kondycji finansowej poprawia zdrowia i samopoczucia

 podjęcie nauki ukończenie szkoły/studiów

 utrzymanie zatrudnienia uzyskanie zatrudnienia

 awans społeczny/zawodowy samodzielność w załatwianiu spraw

 zaangażowanie w pracę społeczną inne

1. **Proszę określić w jakim stopniu dofinansowanie lub przedmiot dofinansowania przyczyniło się do poprawy Pana/Pani sytuacji życiowej:** (w skali 1 do 5, gdzie 1 jest oceną najniższą, a 5 oceną najwyższą)

 1 2 3 4 5

1. **Jaki wpływ na rozpoczęcie (kontynuowanie) nauki (studiów) miał fakt otrzymywania dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł II?** (jeżeli dotyczy)

 miał decydujący wpływ miał niewielki wpływ nie miał żadnego wpływu

1. **W jakim stopniu u Pana/i dofinansowanie z pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” zmniejszyło bariery w życiu społecznym, zawodowym lub dostępie do edukacji?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy Pana/Pani zdaniem dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” są skuteczne?**

 tak nie

1. **Czy wysokość otrzymanego dofinasowania była wystarczająca do Pana/Pani potrzeb?**

 tak nie

Jeżeli „nie”, to dlaczego?

.…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

1. **Czy dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” powinny być rozszerzone o inne obszary/przedmioty dofinansowania?**

 tak nie

Jeżeli „tak” to jeszcze mogłoby być dofinansowane w ramach programu?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Czy informacje dotyczące pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” i zasady skorzystania z dofinansowania były wystarczające?**

 tak nie

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

 tak  nie

Jeżeli „tak” to jakie i jak je ewentualnie rozwiązano?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Czy Pana/Pani zdaniem pomoc z zakresu pilotażowego programu „Aktywny samorząd” powinna być kontynuowana w przyszłości?**

 tak nie

1. **Jak Pan/Pani ocenia obsługę programu przez pracowników PCPR w Wołominie? (**w skali 1 do 5, gdzie 1 jest oceną najniższą, a 5 oceną najwyższą w skali od 1 do 5):

 1 2 3 4 5

1. **Jakie Pana/i zdaniem potrzeby osób z niepełnosprawnością (ich bliskich) w życiu codziennym wymagają pilnego rozwiązania?**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**METRYCZKA**

**Informacje o Beneficjencie** (przez beneficjenta programu należy rozumieć adresata programu, który uzyskał dofinansowanie, tj. pełnoletnią i niepełnoletnią osobę, która spełniając warunki uczestnictwa w programie uzyskała pomoc ze środków PFRON).

1. **Miejsce zamieszkania** miasto wieś
2. **Płeć** kobieta mężczyzna
3. **Wiek Beneficjenta**

 poniżej 16 lat od 16 do 19 lat od 20 do 30 lat od 31 do 40 lat

 od 41 do 50 lat od 51 do 60 lat powyżej 60 lat

1. **Aktualny stopień niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne)**

 orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku dzieci do 16-go życia

 znaczny stopień niepełnosprawności umiarkowany stopień niepełnosprawności

 lekki stopień niepełnosprawności brak orzeczenia o niepełnosprawności

1. **Jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną ze względu na schorzenie** (proszę o wybranie głównego schorzenia zgodnie z orzeczeniem o niepełnosprawności i zaznaczenie jednej odpowiedzi)

 ruchu słuchu wzroku

 niepełnosprawność sprzężona inne (proszę o wpisanie) ……………………….

Prosimy o dostarczenie ankiety ewaluacyjnej pocztą e-mail na adres sekretariat@pcprwolomin.pl lub przesłanie pocztą na adres PCPR w Wołominie: 05-200 Wołomin, ul. Legionów 78 do dnia **30.04.2021r.**

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