 

**ANKIETA EWALUACYJNA PILOTAŻOWEGO PROGRAMU PFRON**

**„Aktywny Samorząd”**

  **Rok udzielenia pomocy – 2021**

**Szanowni Państwo!**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pleszewie, w ramach realizacji programu „Aktywny Samorząd”, przeprowadza badania ankietowe na temat otrzymanej przez Państwo 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 ankiety ewaluacyjnej osobiście lub przesłanie pocztą e-mail na adres pcpr.pleszew@op.pl lub przesłanie pocztą na adres PCPR w Pleszewie 63-300 Pleszew, ul. Kazimierza Wielkiego 7a

Ankieta w wersji elektronicznej jest dostępna na stronie PCPR w zakładce ,,Aktywny Samorząd.’’

**Uwaga:**

* W pytaniach, przy których podana jest lista odpowiedzi prosimy wstawić znak „x” w odpowiedniej kratce.
* 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”

Informacje beneficjenta według stanu na dzień **31 grudnia 2021r.**

1. **INFORMACJE O BENEFICJENCIE PROGRAMU** (przez beneficjenta programu rozumie się adresata programu, tj. pełnoletnia lub niepełnoletnią osobę niepełnosprawną, która spełniając warunki uczestnictwa w programie uzyskała pomoc ze środków PFRON).
2. Miejsce zamieszkania

 Miasto Wieś

1. Płeć

 Kobieta Mężczyzna

1. Rok urodzenia:

do 1940

 od 1941 do 1950 od 1951 do 1960 od 1961 do 1970

 od 1971 do 1980 od 1981 do 1990 powyżej 1991

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. Do której grupy osób zakwalifikował/a się Pan/i:

 osoba niewidoma osoba słabowidząca

 do innej (jakiej?)- …………. osoba z dysfunkcją narządu ruchu

\ osoba ze sprzężonymi niepełnosprawnościami

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 A – Zadanie nr 3 –** pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B

 **Obszar A – Zadanie nr 4 –**pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

 **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 B – Zadanie nr 3 –** pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

 **Obszar B – Zadanie nr 4 –** pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

 **Obszar B – Zadanie nr 5-** pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu

 **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 C – Zadanie nr 5 –** pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznych lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

 **Obszar D -** pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

 **MODUŁ II –** pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

1. **Czy przedmioty dofinansowania ze środków PFRON są nadal w pełni sprawne:**

 tak nie

 nie dotyczy

1. **Czy w okresie wnioskowania o pomoc ze środków PFRON w ramach programu:** (można zakreślić kilka odpowiedzi)

Pracował/a Pan/i na etacie/części etatu

 Pracował/a Pan/i sezonowo

 Nie był Pan/i zatrudniony/a

 Poszukiwał/a Pan/i pracy

 Prowadził/a Pan/i działalność gospodarczą

 Uczy się/studiuje

 Ni Nie dotyczy

1. **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

 Nie dotyczy

1. **Obecna Pana/i aktywność zawodowa/edukacyjna (**(można zakreślić kilka odpowiedzi)

 Pracuje Pan/i na etacie/części etatu

 Pracuje pan/i sezonowo

 Prowadzi Pan/i działalność gospodarczą

 Nie pracuje Pan/i ze względów zdrowotnych

 Nie pracuje Pan/i ale poszukuje pracy

 Prowadzi Pan/i działalność gospodarczą

 Uczy się/studiuje

 Nie dotyczy

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

rozwijanie zainteresowań

podtrzymanie i nawiązywanie 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

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

  **1**

 **2**

 **3**

 **4**

 **5**

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

Tak

Nie

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

**EH** Tak

 Nie (jeżeli „nie”, to dlaczego?) …………………………………………………………………

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

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

1. **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

1. **Proszę wskazać źródło z jakiego uzyskał/a Pan/i informacje o możliwości skorzystania z dofinansowania w ramach programu „Aktywny Samorząd” ?**

prasa

 radio

 telewizja

 internet

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

Polski Związek Niewidomych

Ośrodek Pomocy Społecznej

inne

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

Tak (jeśli tak, to jakie?) …………………………………………………………………………….

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

 Nie

1. **Czy napotkał/a Pan/i poważne uchybienia ze strony dostawcy przedmiotu dofinansowania**: (można zakreślić kilka odpowiedzi)

tak – proszę wybrać z poniższej listy, które:

* Dostawa przedmiotu dofinansowania po wyznaczonym terminie
* Dostarczenie wadliwego przedmiotu dofinansowania
* Dostarczenie przedmiotu dofinansowania niezgodnego ze specyfikacją na fakturze
* Brak właściwego serwisu posprzedażowego

nie

nie dotyczy

1. **Jak Pani/Pan ocenia obsługę programu przez pracowników PCPR w Pleszewie?**

 (w skali od 1 do 5):

 **1**

 **2**

 **3**

 **4**

 **5**

**Uwagi ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Inne uwagi do programu:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

 Data, (dzień – miesiąc – rok)

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