|  |
| --- |
| Załącznik 17.3 - 10  Wzór ankiety z wizyty monitoringowej – doposażenie/wyposażenie stanowisk pracy |
| *Wizyta monitoringowa* |
| Ankieta dla uczestnika projektu „……”  oceniająca wsparcie: stanowisko/-a tworzone w ramach  doposażonych/wyposażonych stanowisk pracy |
| Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020  Działanie/Poddziałanie………  Beneficjent/ Nr. Umowy o dofinansowanie |

Celem Ankiety jest poznanie Państwa opinii na temat stworzonego w ramach doposażonych/wyposażonych stanowisk pracy. Przekazane przez Państwa informacje stanowić będą dane źródłowe niezbędne dla monitoringu i oceny projektu. Wypełniając ankietę należy zaznaczyć wybraną odpowiedź/wpisać właściwe informacje:

**I Podstawowe informacje:**

**Imię i nazwisko:**

**Miejsce pracy:**

**Wymiar etatu podjętego zatrudnienia:**

1. **Metryczka danych osobowych:**

Płeć:

□ Kobieta

□ Mężczyzna

Wiek………….

**Status na rynku pracy** **w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie:**

□ osoba o niskich kwalifikacjach

□ osoba z niepełnosprawnościami

□ osoba długotrwale bezrobotna

□ osoba bierna zawodowo, niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy

□ osoba bezrobotna, zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy

□ osoba pracująca

1. **Z jakich form wsparcia, w ramach projektu, skorzystał/a Pan/i przed rozpoczęciem pracy   
   (i w jakim wymiarze godzinowym?)**

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

1. **Zatrudnienie w ramach doposażenia/wyposażenia stanowiska pracy:**
2. **Czy przed podjęciem zatrudnienia przeszedł(ła) Pan/Pani odpowiednie badania lekarskie?**

□ Tak

□ Nie

1. **Czy z chwilą podjęcia zatrudnienia odbył(a) Pan/Pani przeszkolenie z zakresu bezpieczeństwa   
   i higieny pracy zorganizowane przez pracodawcę?**

□ Tak

□ Nie

1. **Czy otrzymał(a) Pan/Pani umowę o pracę?**

□ Tak

□ Nie

1. **Czy Pana/Pani warunki pracy i płacy są zgodne z informacjami otrzymanymi   
   od Beneficjenta?**

□ Tak

□ Nie

**5. Czy został(a) Pan/Pani poinformowany, z jakich środków finansowane jest zatrudnienie?**

□ Tak, jeśli tak to proszę wskazać nazwę funduszu: ………………………………………………………

□ Nie

1. **Czy kiedykolwiek miał(a) Pan/Pani trudności w terminowym otrzymaniu wynagrodzenia?**

□ Tak

□ Nie

**Jeśli „tak” proszę opisać, jak często to miało miejsce**

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

1. **Czy w miejscu odbywania doposażenia/wyposażenia stanowiska pracy podpisuje Pan/Pani listy obecności?**

□ Tak

□ Nie

1. **Czy na co dzień korzysta Pan/Pani z maszyn, urządzeń itp. zakupionych w ramach ww. instrumentu rynku pracy?**

□ Tak

□ Nie

**Jeśli „nie”, to dlaczego:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V. Ocena wsparcia** ( Prosimy o zaznaczenie „x” właściwej odpowiedzi)

(Liczba 1 oznacza ocenę negatywną, 3 nie mam zdania/ani dobrze ani źle, 5 ocenę pozytywną - najlepszą)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Skala ocen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| W jakim stopniu dzięki udziałowi w projekcie Pan/Pani zdobył(-ła) nową wiedzę/umiejętności praktyczne? |  |  |  |  |  |
| W jakim stopniu udział w projekcie przyczynił się do zdobycia kwalifikacji zawodowych? |  |  |  |  |  |
| W jakim stopniu udział w projekcie przyczynił się do zrealizowania założonego celu polegającego na podjęciu zatrudnienia? |  |  |  |  |  |

**Czy jest Pań/Pani zadowolony/zadowolona z udziału w Projekcie?**

□ Tak

□ Nie

**VI. Uwagi, sugestie dotyczące zatrudnienia w ramach projektu** (czy jakieś aspekty merytoryczne   
i organizacyjne związane z realizacją projektu wymagają zmiany?):

1. **Niepełnosprawni w projekcie (proszę o wypełnienie w przypadku gdy jest Pan/i osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności):**
2. **Czy zgłosił/a Pan/Pani jakiekolwiek potrzeby wynikające z niepełnosprawności Pracodawcy lub Projektodawcy?**

□ Tak (jakie?)……………………………………………………………………………………………………………………………….

□ Nie

□ Nie dotyczy

1. **Jak** **Pracodawca/Projektodawca zareagował na zgłoszone przez Pana/ią potrzeby wynikające z niepełnosprawności?**

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

1. **Czy Pracodawca/Projektodawca zaspokoił zgłaszane przez Pana/ią potrzeby wynikające z niepełnosprawności?**

□ Tak (jakie?)……………………………………………………………………………………………………………………………….

□ Nie

□ Nie dotyczy

1. **Czy miejsce pracy jest dostosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnościami?**

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

1. **Czy** materiały przekazane przez **Pracodawcę**/Projektodawcę są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami? (jeśli dotyczy)

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

1. **Czy Pracodawca/**Projektodawca **Projektodawca zapewnił wsparcie asystenta?**

□ Tak

□ Nie

□ Nie dotyczy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data i podpis