ANKIETA EWALUACYJNA PROJEKTU

**„Aktywizacja osób bezrobotnych zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Będzinie”**

**FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane osobowe uczestnika/uczestniczki do projektu** | | |
| Imię |  |  |
| Nazwisko |  |  |
| PESEL |  | |
| **Dane kontaktowe uczestnika/uczestniczki** | | |
| |  |  | | --- | --- | | Adres do korespondencji |  | | Telefon/adres e-mail |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Wybrane odpowiedzi (proszę zaznaczyć krzyżykiem) | |
| **RODZAJ PRZYZNANEGO WSPARCIA** | * Pośrednictwo pracy/doradztwo zawodowe * Staż * Refundacja kosztów opieki nad dziećmi do 6 roku życia, dziećmi niepełnosprawnymi do 7 roku życia lub osobami zależnymi w okresie odbywania stażu * Zwrot kosztów dojazdu do miejsca odbywania stażu i z powrotem * Środki przyznane jednorazowo na podjęcie działalności gospodarczej * Prace interwencyjne * Bon na zasiedlenie * Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy skierowanego  bezrobotnego |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Prosimy o dokonanie oceny według skali od 1 do 5: | bardzo słabo | | | słabo | | | przeciętnie | | | dobrze | | | bardzo dobrze | | | | |  | 1 |  |  | 2 |  |  | 3 |  |  | 4 |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Element podlegający ocenie** | | **Ocena wg skali** | | | |  | Jakość i fachowość przyznanego wsparcia  (pośrednictwo pracy/ doradztwo zawodowe) | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |  | Jakość udzielonego wsparcia (staż/środki przyznane jednorazowo na podjęcie działalności gospodarczej/ prace interwencyjne/ bon na zasiedlenie/ refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy skierowanego bezrobotnego) | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |  | Fachowość udzielonego wsparcia (staż/środki przyznane jednorazowo na podjęcie działalności gospodarczej/ prace interwencyjne/ bon na zasiedlenie/ refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy skierowanego bezrobotnego) | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |  | Jakość udzielonego wsparcia (refundacja kosztów opieki nad dziećmi do 6 roku życia, dziećmi niepełnosprawnymi do 7 roku życia lub osobami zależnymi w okresie odbywania stażu/ zwrot kosztów dojazdu do miejsca odbywania stażu i z powrotem)  Nie dotyczy | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |  | Fachowość udzielonego wsparcia (refundacja kosztów opieki nad dziećmi do 6 roku życia, dziećmi niepełnosprawnymi do 7 roku życia lub osobami zależnymi w okresie odbywania stażu/ zwrot kosztów dojazdu do miejsca odbywania stażu i z powrotem)  Nie dotyczy | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |  | Uzyskane wsparcie spełniało Pani/Pana oczekiwania zawodowe | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |  | Udział w projekcie spełnił Pani/Pana oczekiwania | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |  | Czy uważa Pani/Pan, że udział w projekcie przyniósł Pani/Panu korzyści?  TAK (jeśli TAK, jakie to były korzyści?):   * podjęcie zatrudnienia, * nabycie umiejętności zawodowych * zdobycie doświadczenia zawodowego * rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej * inne (jakie?)   NIE (jeśli NIE, to dlaczego?) ……… | | | | | |  | Czy zakończył/zakończyła Pani/Pan uczestnictwo w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką?   * TAK * NIE (jeśli NIE, to co było powodem przerwania uczestnictwa?) * Podjęcie zatrudnienia, * Podjęcia kształcenia * Inne (jakie?)  ………………………………………………………………………………………………… | | | | | |  | Uwagi i propozycje dotyczące udziału Pani/Pana w projekcie | | | | | |  | Podpis uczestnika/uczestniczki projektu |  | | | | |  | | | | | | |