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 |  |
|  |

 |