**Ankieta Ewaluacyjna**

w ramach pilotażu Instrumentów testowanych w programie „*Włączenie wyłączonych – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy*”

1. **W testowaniu którego Instrumentu brali Państwo udział:**

*(Zaznacz testowane instrumenty oraz podaj ilości testowań)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gwarancja zatrudnienia** | **Bonus za włączenie** | **Nowe miejsca pracy** | | **Dostęp do wiedzy** doradztwo dla pracodawców |
| **Ryczałt** | **Rzeczywiste koszty** |
| **Ilość testowań …………** | **Ilość testowań…………** | **Ilość testowań ………..** | **Ilość testowań …………..** | **Ilość testowań ………..** |

1. **Proszę wskazać w testowaniu którego Instrumentu chcieli Państwo wziąć udział, ale jednak nie zdecydowali się Państwo na testowanie i dlaczego (jeśli dotyczy):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gwarancja zatrudnienia** | **Bonus za włączenie** | **Nowe miejsca pracy** | | **Dostęp do wiedzy** doradztwo dla pracodawców |
| **Ryczałt** | **Rzeczywiste koszty** |
|  |  |  |  |  |

**- powód braku wzięcia udziału:**

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

1. **Czy dzięki udziałowi w testowaniu Instrumentu/ów zdecydowali się Państwo zatrudnić osobę(y) niepełnosprawną(e)/zatrzymać w zatrudnieniu osobę(y) niepełnosprawną(e)?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **bez znaczenia** i tak zatrudnilibyśmy/ pozostawilibyśmy w zatrudnieniu osobę niepełnosprawną |  |  | **decydujący czynnik** bez tego nie zatrudnilibyśmy/ nie utrzymalibyśmy w zatrudnieniu osoby niepełnosprawnej |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **Gwarancja zatrudnienia** |  |  |  |  |
| **Bonus za włączenie** |  |  |  |  |
| **Nowe miejsca pracy - ryczałt** |  |  |  |  |
| **Nowe miejsca pracy – rzeczywiste koszty** |  |  |  |  |
| **Dostęp do wiedzy** doradztwo dla pracodawców |  |  |  |  |

1. **Czy zamierzają Państwo utrzymać w zatrudnieniu osobę(y) niepełnosprawną(e) lub czy pozostaną Państwo w zatrudnieniu u danego pracodawcy po zakończeniu udziału w Instrumencie (jeśli dotyczy)?**

|  |  |
| --- | --- |
| nie | tak |
|  |  |

**- uzasadnienie wskazanej odpowiedzi:**

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

1. **Czy w Państwa opinii procedura ubiegania się o wsparcie była łatwa?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | nie | tak | Uwagi |
| **Gwarancja zatrudnienia** |  |  |  |
| **Bonus za włączenie** |  |  |  |
| **Nowe miejsca pracy - ryczałt** |  |  |  |
| **Nowe miejsca pracy – rzeczywiste koszty** |  |  |  |
| **Dostęp do wiedzy** doradztwo dla pracodawców |  |  |  |

1. **Czy wysokość udzielonego/proponowanego wsparcia jest wystarczająco atrakcyjna w danym Instrumencie?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | nie | tak |
| **Gwarancja zatrudnienia** |  |  |
| **Bonus za włączenie** |  |  |
| **Nowe miejsca pracy - ryczałt** |  |  |
| **Nowe miejsca pracy – rzeczywiste koszty** |  |  |

**- uwagi:**

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

1. **Czy poleciliby Państwo instrument innym pracodawcom zatrudniającym/chcącym zatrudnić osoby niepełnosprawne lub osobom niepełnosprawnym.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | zdecydowanie nie |  |  | zdecydowanie tak |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **Gwarancja zatrudnienia** |  |  |  |  |
| **Bonus za włączenie** |  |  |  |  |
| **Nowe miejsca pracy - ryczałt** |  |  |  |  |
| **Nowe miejsca pracy – rzeczywiste koszty** |  |  |  |  |
| **Dostęp do wiedzy** doradztwo dla pracodawców |  |  |  |  |

1. **Czy uważają Państwo, że dany Instrument powinien zostać na stałe wprowadzony jako wsparcie osób z niepełnosprawnościami na rynku pracy?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | zdecydowanie nie |  |  | zdecydowanie tak |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **Gwarancja zatrudnienia** |  |  |  |  |
| **Bonus za włączenie** |  |  |  |  |
| **Nowe miejsca pracy - ryczałt** |  |  |  |  |
| **Nowe miejsca pracy – rzeczywiste koszty** |  |  |  |  |
| **Dostęp do wiedzy** doradztwo dla pracodawców |  |  |  |  |

**- uwagi:**

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

1. **Czy w Państwa opinii w danym Instrumencie, na etapie realizacji, mogą wystąpić problemy?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | nie | tak | Jakie? |
| **Gwarancja zatrudnienia** |  |  |  |
| **Bonus za włączenie** |  |  |  |
| **Nowe miejsca pracy - ryczałt** |  |  |  |
| **Nowe miejsca pracy – rzeczywiste koszty** |  |  |  |
| **Dostęp do wiedzy** doradztwo dla pracodawców |  |  |  |

1. **Czy w Państwa opinii docelowym realizatorem danego Instrumentu powinien być:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | zdecydowanie nie |  |  | zdecydowanie tak |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **PFRON** |  |  |  |  |
| **Powiatowe Urzędy Pracy** |  |  |  |  |
| **ZUS** |  |  |  |  |

**- Inny realizator (jaki):**

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