
Εργαλείο Έρευνας Πεδίου - Λήψης Κοινωνικού Ιστορικού

Το προτεινόμενο ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε από τη Διάσταση Παρεμβάσεις Κοινωνικής Καινοτομίας ΑΜΚΕ υπό την Επιστημονική Εισήγηση του Επίκουρου Καθηγητή Σκαμνάκη Χριστόφορου, του Παντείου Πανεπιστημίου του Τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής και υποστηρίζει την διάγνωση των αναγκών των ωφελουμένων

Σύνδεσμος για την συμπλήρωση της φόρμας ηλεκτρονικά
<https://forms.gle/RGKTKzbVK4RSdWJd7>



Έντυπο Απογραφής Ωφελούμενων

ΤΜΗΜΑ Α: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο:

Διεύθυνση κατοικίας

Πόλη:

Α.Δ.Τ.:

Α.Φ.Μ.:

Δ.Ο.Υ.:

Α.Μ.Κ.Α.:

Α.Μ.Ι.ΚΑ.:

Ημ/νία γέννησης:

Αρ. σταθερού τηλεφώνου:

Αρ. κινητού τηλεφώνου:

Email:

Οικογενειακή κατάσταση:

άγαμος/η

έγγαμος/η

σε διάσταση

διαζευγμένος/η

χήρος/α

άλλο

Αριθμός παιδιών:

Πρόσωπο επικοινωνίας σε περίπτωση ανάγκης

Όνοματεπώνυμο:

Αρ. τηλεφώνου:

Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα:

(σύμφωνα με την τελευταία δήλωση στην εφορία)

Κατάσταση

άνεργος

εργαζόμενος

αγρότης

άλλο

Ευπαθείς Ομάδες Πληθυσμού: (σημειώστε αν ανήκετε σε κάποια από τις κατηγορίες)

Ευάλωτες Ομάδες Πληθυσμού

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ΑΜΕΑ | <input type="checkbox"/> οροθετικοί | <input type="checkbox"/> εξαρτημένα ή απεξαρτημένα άτομα |
| <input type="checkbox"/> ανήλικοι παραβάτες | <input type="checkbox"/> φυλακισμένοι/αποφυλακισμένοι | |

Ειδικές Ομάδες Πληθυσμού

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> μακροχρόνια άνεργοι ως 25 ετών | <input type="checkbox"/> μακροχρόνια άνεργοι άνω των 50 |
| <input type="checkbox"/> αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών | <input type="checkbox"/> άτομα που διαβιούν σε συνθήκες φτώχειας |
| <input type="checkbox"/> θύματα ενδοοικογενειακής βίας | <input type="checkbox"/> θύματα trafficking |
| <input type="checkbox"/> άστεγοι | <input type="checkbox"/> άτομα με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες |
| <input type="checkbox"/> οικονομικοί μετανάστες | <input type="checkbox"/> αιτούντες άσυλο |
| <input type="checkbox"/> πρόσφυγες | |

**Ανήκει κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας σε μία από τις παραπάνω κατηγορίες;
Αν ναι σε ποια**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΤΜΗΜΑ Β: ΑΙΤΗΣΗ ΤΕΒΑ

Αρ. αίτησης σε ΤΕΒΑ::

.....

Επιθυμητός τρόπος ενημέρωσης για παραλαβή προϊόντων ΤΕΒΑ:



SMS



Email



Σταθερό τηλέφωνο



Κινητό τηλέφωνο

Επιθυμητός τόπος παραλαβής προϊόντων ΤΕΒΑ:

.....

Αρ. μελών που περιλαμβάνονται στην αίτηση:

.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΩΝ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ

Όνοματεπώνυμο	Συγγένεια	Φύλο	Έτος γέννησης	ΑΦΜ	ΑΜΚΑ	Εκπαιδευτικό επίπεδο	Κατάσταση (άνεργος, εργαζόμενος, αγρότης, άλλο)
		A Θ					
		A Θ					
		A Θ					
		A Θ					
		A Θ					
		A Θ					
		A Θ					
		A Θ					
		A Θ					
		A Θ					

ΤΜΗΜΑ Γ: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΓΝΩΣΕΙΣ - ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

<input type="checkbox"/> Αναλφάβητος/η	<input type="checkbox"/> Δημοτικό	<input type="checkbox"/> Γυμνάσιο	<input type="checkbox"/> Λύκειο
<input type="checkbox"/> ΤΕΛ	<input type="checkbox"/> ΤΕΣ	<input type="checkbox"/> ΤΕΕ Α'	<input type="checkbox"/> ΤΕΕ Β'
Ειδικότητα 1n:	Ειδικότητα 1n:	Ειδικότητα 1n:	Ειδικότητα 1n:
Ειδικότητα 2n:	Ειδικότητα 2n:	Ειδικότητα 2n:	Ειδικότητα 2n:
<input type="checkbox"/> Μαθητεία	<input type="checkbox"/> ΙΕΚ	<input type="checkbox"/> Πιστοποίηση	<input type="checkbox"/> ΤΕΙ
Ειδικότητα 1n:	Ειδικότητα 1n:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Τμήμα:
Ειδικότητα 2n:	Ειδικότητα 2n:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	
<input type="checkbox"/> ΑΕΙ	<input type="checkbox"/> ΜΠΣ	<input type="checkbox"/> Διδακτορικό	Άλλο (προσδιορίστε)
Τμήμα:	Ειδίκευση:		

Ξένη γλώσσα	Επίπεδο (χαμηλό-καλό-πολύ καλό-άριστο)	Πιστοποιητικό (αν ναι, σημειώστε ποιο)	Η/Υ	Επίπεδο (χαμηλό-καλό-πολύ καλό-άριστο)	Πιστοποιητικό (αν ναι, σημειώστε ποιο)
Αγγλικά			Word		
Γαλλικά			Excel		
Γερμανικά			Internet		
Ισπανικά			Access		
Ιταλικά			PowerPoint		
Άλλο:			Άλλο:		

Ειδικές γνώσεις - Δεξιότητες (περιγράψτε)

ΤΜΗΜΑ Ε: ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΜΑΙ/ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ		
Προγράμματα εργασίας για ανέργους	<input type="checkbox"/>	Συμβουλευτική (υποστήριξη & ενδυνάμωση) <input type="checkbox"/>
Προγράμματα για δημιουργία επιχειρήσεων	<input type="checkbox"/>	Εκπαιδευτικά προγράμματα αποτελεσματικής διαχείρισης οικογενειακού προϋπολογισμού <input type="checkbox"/>
Προγράμματα κατάρτισης ή και συμβουλευτικής	<input type="checkbox"/>	Προγράμματα επιμόρφωσης <input type="checkbox"/>
Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας / κοινωνικής φροντίδας	<input type="checkbox"/>	Ενημέρωση για προγράμματα και δράσεις υποστήριξης ευπαθών ομάδων σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο <input type="checkbox"/>
Υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης, ενδυνάμωσης και κοινωνικής ένταξης παιδιών σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο οικογένειας	<input type="checkbox"/>	Κοινωνικά φροντιστήρια <input type="checkbox"/>
Εργαστήρια πολιτιστικών και δημιουργικών δραστηριοτήτων για παιδιά	<input type="checkbox"/>	Παροχή χώρων για παιχνίδια, συναντήσεις και εκδηλώσεις για παιδιά που δεν έχουν σχετική πρόσβαση <input type="checkbox"/>
Εργασιακή & κοινωνική ένταξη των Ατόμων με Αναπηρία	<input type="checkbox"/>	Αγωγή υγείας / Υπηρεσίες πρόληψης <input type="checkbox"/>
Διατροφικές συμβουλές	<input type="checkbox"/>	Πρόγραμμα επιδότησης ενοικίου (Ν. 4320/2015) <input type="checkbox"/>
Πρόγραμμα δωρεάν επανασύνδεσης ηλεκτρικού ρεύματος (Ν. 4320/2015)	<input type="checkbox"/>	Πρόγραμμα επιδότησης σίτισης (Ν. 4320/2015) <input type="checkbox"/>
Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης	<input type="checkbox"/>	Ρύθμιση Οφειλών Υπερχρεωμένων φυσικών προσώπων <input type="checkbox"/>
Νομική συμβουλευτική	<input type="checkbox"/>	Παραπομπή σε εξειδικευμένες δομές <input type="checkbox"/>
Άλλο (προσδιορίστε)	<input type="checkbox"/>	

ΤΜΗΜΑ ΣΤ: ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Είδος εργασίας (τυπική ή άτυπη)	Φορέας/Επιχείρηση/ Αυτοασχόληση	Θέση	Διάρκεια	Λόγος διακοπής	Σημειώστε αν ήταν κοινωφελής εργασία ή voucher

ΤΜΗΜΑ Ζ: ΥΛΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΤΕΒΑ

Έχετε λάβει ως σήμερα υλική συνδρομή από το ΤΕΒΑ; Αν όχι, γιατί;

Έχετε αλλεργία, δυσανεξία ή εκούσια αποχή από κάποια τρόφιμα;

Αντιμετωπίζετε εσείς ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας κάποιο μακροχρόνιο πρόβλημα υγείας;

Λαμβάνετε εσείς ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας χρόνια φαρμακευτική αγωγή;

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Όλες οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στο παρόν είναι εμπιστευτικές.

Ο υπογράφων/ Η υπογράφουσα.....
..... δηλώνω με το παρόν έγγραφο μου, ότι έχω ενημερωθεί και συναινώ για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων που αφορούν τη συμμετοχή μου στη δράση καθώς και δεδομένων που αφορούν την εξυπηρέτηση μου κατά την παροχή αυτών των υπηρεσιών, τους σκοπούς, τα δικαιώματά μου και τους λοιπούς νόμιμους όρους επεξεργασίας.

Ο / Η Σύμβουλος

Ο / Η Ωφελούμενος/η

Υπογραφή

Υπογραφή

Ο υπογράφων/ Η υπογράφουσα.....
..... δηλώνω με την παρούσα ότι έχω ενημερωθεί και
Συναινώ Δεν Συναινώ
με τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου για τους σκοπούς της πραγματοποίησης ενεργειών ενημέρωσης (όπως αποστολή Newsletter, sms, email, ενημερώσεων κλπ.)

Ο / Η Ωφελούμενος/η

Υπογραφή