



## Wywiad pogłębiony – czynniki mikroekonomiczne

### I. Warunki oferowane przez pracodawców

1. Jakie są Pana/Pani oczekiwania wobec przyszłej pracy?
  - a) Zatrudnienie (pełny etat,  $\frac{1}{2}$  etatu,  $\frac{3}{4}$  etatu, kontrakt)
  - b) Forma pracy (stacjonarna, telepraca, zmianowa)
  - c) Wynagrodzenie (proszę podać przedział kwotowy)
  - d) Charakter pracy (rutynowa, zadaniowa, wymagająca kreowania i inicjatywy)
  - e) Otrzymanie do dyspozycji laptopa, telefonu komórkowego, samochodu służbowego, itp.
  - f) pakiet socjalny (podstawowy, poszerzony o dodatkowe świadczenia)
  - g) inne, .....

*Uwaga: należy zaznaczyć właściwą odpowiedź w każdym podpunkcie.*

### 2. Czy jest Pan/ Pani gotowy do wyjazdów służbowych?

- a) Tak, pod warunkiem, że nie będą one zbyt częste
- b) Tak, pod warunkiem, że będą one jednodniowe
- c) Tak. Nie ma dla mnie znaczenia ich częstotliwość ponieważ traktuję je jako obowiązek wynikający z pracy
- d) Nie  
ponieważ.....  
(proszę podać powody)

### II. Zakres wykonywanych czynności

3. Jaki charakter miały czynności zawodowe wykonywane przez Pana/ Panią na zajmowanych stanowiskach pracy?
  - a) Rutynowy
  - b) Niepowtarzalny wymagający zaangażowania, kreatywności
4. Czy są takie czynności zawodowe, które dla Pana/ Pani mogą przysparzać w realizacji szczególne trudności?
  - a) Tak,.....  
.....
  - b) Nie.





### III. Warunki zdrowotne

5. Czy ma Pan/ Pani przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania określonych czynności zawodowych?

a) Tak,

.....  
.....

b) Nie.

6. Jeśli TAK to, czy są to:

a) okresowe przeciwwskazania

b) stałe przeciwwskazania.

7. Czy posiada Pan/ Pani ograniczenia fizyczne utrudniające sprawne funkcjonowanie w pracy?

a) Tak,

.....  
.....

b) Nie.

8. Czy posiada Pan/ Pani ograniczenia psychiczne utrudniające sprawne funkcjonowanie w pracy?

a) Tak,

.....  
.....

b) Nie.

9. Czy przysługują Panu/ Pani dodatkowe świadczenia socjalne, które pracodawca musi zapewnić?

a) Tak, .....

b) Nie.

### IV. Korzystanie ze świadczeń instytucji opiekuńczych, zapomogowych, kościelnych, albo innych zajmujących pomocą społeczną

10. Czy korzysta Pan/ Pani z instytucji wspierających osoby w trudnej sytuacji społecznej?

a) Nie

b) Tak, ..... (np. MOPS, fundacja, stowarzyszenie, kościół)

11. Jeśli TAK, to jaki jest to zakres wsparcia?

.....  
.....





## **V. Zapewnienie opieki nad osobami zależnymi**

12. Ilu osobom zależnym musi Pan/ Pani zapewnić opiekę?

.....

13. Czy ta/ te osoba/y wymagają szczególnej troski?

a) Tak,

.....

..... (należy krótko opisać)

b) Nie

14. Czy osoby, którym musi Pan/ Pani zapewnić opiekę mają zagwarantowane dodatkowe środki finansowe na ten cel (np. zasiłek opiekuńczy)?

a) Tak

b) Nie

15. Czy opieka nad osobami zależnymi przeszkadza Panu/ Pani w podjęciu zatrudnienia?

a) Tak

b) Nie. Jestem w stanie przeorganizować swój czas, tak aby pogodzić obowiązki zawodowe z rodzinnymi.

## **VI. Mieszkanie w miejscu odległym/ trudnodostępnym dla publicznego transportu**

16. Czy ma Pan/ Pani możliwości pokonania bariery odległości utrudniającej korzystanie ze środków publicznego transportu?

a) Tak,

.....

.....

b) Nie.

17. Jeśli NIE to czy jest Pan/ Pani w stanie podjąć działania, które umożliwią pokonanie bariery odległości utrudniającej korzystanie ze środków publicznego transportu?

a) Tak, jestem w stanie podjąć takie działania

b) Nie, ponieważ

.....

.....

## **VII. Ograniczone środki finansowe**

18. Jaka jest Pana/ Pani sytuacja materialna?

a) Bardzo trudna ponieważ

.....

b) Trudna

ponieważ.....

.....





c) Umiarkowanie trudna ponieważ

.....  
19. Jak duże oszczędności są dla Pana/ Pani konieczne aby pokryć najpilniejsze potrzeby  
życiowe w ciągu miesiąca?

.....  
.....

### Podsumowanie

