

استبيان مجهول الهوية

يرغب اتحاد التنسيق في سكارابوري في معرفة ما إذا كانت الإجراءات التي نتخذها تحقق الفائدة المرجوة. لذلك نكون شاكرين إذا رغبت في الإجابة على بعض الأسئلة، علماً بأن المشاركة طوعية. يخضع هذا الاستبيان للسرية، وهذا يعني أنه سيجري جمع إجاباتك مع إجابات الآخرين بحيث لا يمكن تتبع إجاباتك إليك كشخص.

أجب عن الأسئلة بوضع علامة (X) في المربع بجانب الخيار الذي يناسبك أكثر.

1. كيف تُعرّف نفسك؟

أنثى

ذكر

غير ذلك

2. كم عمرك؟

44-40 سنة

49-45 سنة

54-50 سنة

59-55 سنة

65-60 سنة

18-16 سنة

24-19 سنة

29-25 سنة

34-30 سنة

39-35 سنة

3. أين وُلدت؟

السويد/دول الشمال

البلدان الأخرى في أوروبا

إفريقيا

آسيا

أمريكا الشمالية

أمريكا الجنوبية

أوقيانوسيا

4. هل سافرت إلى هذا الإجراء من بلدية أخرى غير البلدية التي تقيم فيها؟

نعم

لا

لا أعرف / لا أريد الإجابة

5. ماذا كان مصدر إعالتك عندما بدأت في هذا الإجراء؟

(يمكنك أن تذكر عدة خيارات)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> دعم المشاركة بالأنشطة (من مكتب العمل) | <input type="checkbox"/> راتب من العمل |
| <input type="checkbox"/> السلفة الدراسية المركبة من اللجنة المركزية | <input type="checkbox"/> صندوق البطالة عن العمل |
| <input type="checkbox"/> للدعم الدراسي (سي إس إن/CSN) | <input type="checkbox"/> النقدية المرضية |
| <input type="checkbox"/> بدون إعالة عامة | <input type="checkbox"/> تعويض إعادة التأهيل |
| <input type="checkbox"/> التعويض المرضي | <input type="checkbox"/> دعم الإعالة |
| <input type="checkbox"/> تقاعد الشيخوخة | <input type="checkbox"/> تعويض الأنشطة (من صندوق الضمان الاجتماعي،
19-29 سنة) |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك | |

6. ما هو مصدر إعالتك بعد هذا الإجراء؟

(يمكنك أن تذكر عدة خيارات)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> دعم المشاركة بالأنشطة (من مكتب العمل) | <input type="checkbox"/> راتب من العمل |
| <input type="checkbox"/> السلفة الدراسية المركبة من اللجنة المركزية | <input type="checkbox"/> صندوق البطالة عن العمل |
| <input type="checkbox"/> للدعم الدراسي (سي إس إن/CSN) | <input type="checkbox"/> النقدية المرضية |
| <input type="checkbox"/> بدون إعالة عامة | <input type="checkbox"/> تعويض إعادة التأهيل |
| <input type="checkbox"/> التعويض المرضي | <input type="checkbox"/> دعم الإعالة |
| <input type="checkbox"/> تقاعد الشيخوخة | <input type="checkbox"/> تعويض الأنشطة (من صندوق الضمان الاجتماعي،
19-29 سنة) |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك | |

7. ما هو أعلى تأهيل دراسي أنهيته؟

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> المدرسة الأساسية |
| <input type="checkbox"/> المدرسة الثانوية |
| <input type="checkbox"/> المعهد العالي/الجامعة/تعليم آخر بعد المرحلة الثانوية |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد تأهيل دراسي أنهيته |

8. منذ متى لم تعمل أو تدرس؟

- 0-1 سنة
 2-3 سنوات
 4-5 سنوات
 أكثر من 5 سنوات
 لا أعرف / دون جواب

9. ضع علامة (X) على ما ينطبق عليك

(يمكنك أن تذكر عدة خيارات)

- أعاني من مشكلات نفسية
 أعاني من مشكلات جسدية
 أعاني من مشكلات تتعلق بالإدمان
 أعاني من مشكلات تتعلق بالألم
 لم أتعلّم اللغة السويدية بشكل كافٍ حتى الآن لأتمكن من العيش في المجتمع
 أعاني من مشكلات مالية
 لدي تشخيص تأخر وظيفي عصبي نفسي (NPF) (مثل: التوحد، أسبرجر، اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط/ADHD)
 أعاني من صعوبات اجتماعية
 تعرضت للعنف أو مارست العنف تجاه الآخرين
 غير ذلك/لا شيء ممّا ورد أعلاه
 لا أعرف / لا أريد الإجابة

10. هل تعتقد أنك سوف تستطيع العمل في المستقبل؟

- أنا متأكد تماماً من أنني سأستطيع العمل في المستقبل
 أنا متأكد إلى حدّ ما من أنني سأستطيع العمل في المستقبل
 أنا غير متأكد من أنني سأستطيع العمل في المستقبل
 لا أعتقد أنني سأستطيع العمل في المستقبل
 لا أعرف / لا أريد الإجابة



11. هل تعتقد أن الموظفين في هذا الإجراء يرون أنك سوف تستطيع العمل في المستقبل؟

- نعم، أعتقد ذلك
 لا، لا أعتقد ذلك
 لا أعرف / لا أريد الإجابة

12. كيف عاملك الموظفون في هذا الإجراء؟

- على نحو جيد
 على نحو سيئ
 لا هذا ولا ذلك

13. كيف كانت معاملة الموظف المسؤول عن حالتك في إدارة الخدمات الاجتماعية / صندوق الضمان الاجتماعي /

قسم سوق العمل أو أي جهة مشابهة؟

- على نحو جيد
 على نحو سيئ
 لا هذا ولا ذلك

14. إذا كنت قد تعرضت لمعاملة سيئة، فهل تعتقد أن ذلك يرجع إلى أحد أو بعض الخيارات التالية؟

(يمكنك أن تذكر عدة خيارات)

- نعم، بسبب جنسي
 نعم، بسبب هويتي الجنسية أو التعبيرات الجنسية
 نعم، بسبب انتمائي العرقي
 نعم، بسبب ديني
 نعم، بسبب تأخري الوظيفي
 نعم، بسبب حياتي الجنسية
 نعم، بسبب عمري
 نعم، بسبب أمر آخر



SAMORDNINGS-
FÖRBUNDET
Skaraborg

15. ما هو التقييم العام الذي تعطيه لهذا الإجراء؟

(ضع دائرة أو لون عدد النجوم الذي تريد منحه للإجراء)



16. هل تنصح الآخرين بهذا الإجراء؟

نعم

لا

لا أعرف / لا أريد الإجابة

شكراً لك لأنك أجبت على هذه الأسئلة!

نتمنى لك كل التوفيق فيما ينتظرك في المستقبل!