

Doświadczenia związane z dyskryminacją w miejscu pracy

Ankieta dla pracowników

Drogi Kolego, Droga Koleżanko,

rada zakładowa chciałaby dowiedzieć się, czy dobrze układa się współpraca pomiędzy wszystkim osobami pracującymi w firmie. Zadaniem rady zakładowej jest podejmowanie działań w przypadku dyskryminacji lub złego traktowania. Naszym celem jest dobra współpraca w firmie oraz dobre warunki pracy. Dlatego chcemy poznać Pana(-i) opinię: to Pan(i) najlepiej wie, co działa dobrze, a co działa źle w firmie i zna problemy „od środka”. Pana(-i) doświadczenia są dla nas bardzo ważne!

Poniższa ankieta ma charakter anonimowy i nie pozwala na Pana(i-) identyfikację. Dokumenty zostaną przeanalizowane radę zakładową, a następnie przechowywane zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.

A	Pana(-i) praca w firmie	Krócej niż 2 lata	Od 2 do 5 lat	Od 5 do 10 lat	Dłużej niż 10 lat
1	Jak długo Pan(i) już tutaj pracuje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2	Jaki typ umowy ma Pan(i)?	na czas nieokreślony	na czas określony	praca czasowa	pracownik dyżurny
	W tym pytaniu można zakreślić więcej niż jedną odpowiedź.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	Czy Pan(i) albo jedno z rodziców urodziło się poza granicami Niemiec?	Tak	Nie
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4	Pana(-i) płeć	kobieta	mężczyzna	inna / osoba niebinarna	brak odpowiedzi
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B	Szkolenie i warunki pracy	Bardzo zadowolony(-a)	Trochę zadowolony(-a)	OK	Dość zadowolony(-a)	Bardzo zadowolony(-a)
5	Jak ocenia Pan(i) zadowolenie z poniższych aspektów szkolenia?					
	czas na szkolenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zrozumiałość szkolenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	czas na instrukcje BHP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zrozumiałość instrukcji BHP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	Czy podczas pierwszych dni pracy w firmie:	Tak	Nie
	była dostępna osoba, która mogła udzielić odpowiedzi na pytania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Czy wie Pan(i), że w firmie działa rada zakładowa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Czy rada zakładowa skontaktowała się z Panem(-ią)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7	0 = bardzo źle → 10 = bardzo dobrze	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Jak ocenia Pan(i) warunki pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jak układa się współpraca pomiędzy pracownikami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Doświadczenia związane z dyskryminacją lub nierównym traktowaniem

8	Jak często odczuwał(a) Pan(i) dyskryminację ze wskazanych poniżej powodów? W tym pytaniu można zakreślić więcej niż jedną odpowiedź.	nigdy	rzadko	czasami	często	bardzo często
	Wiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Niepełnosprawność lub przewlekła choroba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Płeć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Religia lub światopogląd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pochodzenia, kolor skóry lub język	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orientacja seksualna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tożsamość płciowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pochodzenie społeczne/ pozycja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Jeżeli doświadczył(a) Pan(i) dyskryminacji lub nierównego traktowania w pracy, to z czyjej strony? W tym pytaniu można zakreślić więcej niż jedną odpowiedź.	<input type="checkbox"/>	przełożony
		<input type="checkbox"/>	koledzy / koleżanki
		<input type="checkbox"/>	rada zakładowa
		<input type="checkbox"/>	klienci / klientki

10	Jakiego rodzaju dyskryminacji lub nierównego traktowania doświadczył(a) Pan(i)? W tym pytaniu można zakreślić więcej niż jedną odpowiedź.	<input type="checkbox"/>	dyskryminacja słowna (np. obelgi, żarty)
		<input type="checkbox"/>	dyskryminacja fizyczna (np. groźby, szturchańce)
		<input type="checkbox"/>	molestowanie seksualne (nieprzyzwoite uwagi, intymne pytania, niechciane dotykanie lub czynności seksualne)
		<input type="checkbox"/>	ignorowanie / wykluczanie
		<input type="checkbox"/>	przydzielanie gorszych zadań

D Wsparcie i możliwości działania			
11	Czy wie Pan(i):	Tak	Nie
	... do kogo można się zwrócić w przypadku dyskryminacji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... że rada zakładowa udziela wsparcia w przypadku dyskryminacji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... czym jest Ogólna Ustawa o Równym Traktowaniu (niem. <i>Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz – AGG</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Czy miał(a) już Pan(i) okazję poszukiwać wsparcia w firmie w przypadku dyskryminacji lub nierównego traktowania?	<input type="checkbox"/>	Tak, u _____
		<input type="checkbox"/>	Nie
13	Jeżeli nie miał(a) Pan(i) okazji poszukiwać wsparcia w firmie w przypadku dyskryminacji lub nierównego traktowania: Jaka była tego przyczyna? W tym pytaniu można zakreślić więcej niż jedną odpowiedź.	<input type="checkbox"/>	Nie wiedziałem(-am), do kogo mogę się zwrócić.
		<input type="checkbox"/>	Wydawało mi się, że to normalna sytuacja.
		<input type="checkbox"/>	Nie wiedziałem(-am), że mogę się poskarżyć.
		<input type="checkbox"/>	Wydawało mi się, że nie zostaną poważnie potraktowany(-a).
		<input type="checkbox"/>	Białem(-am) się negatywnych konsekwencji.
		<input type="checkbox"/>	Nie mówię dobrze po niemiecku.
14	Czy jest Pan(i) gotowy(-a) zaangażować się w zwalczanie dyskryminacji i nierównego traktowania w firmie?	Tak	Nie
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	W odniesieniu do nowych pracowników: Jakie są Twoje nadzieje, obawy lub pytania dotyczące szkolenia, języka, kultury, zaangażowania itp.?	<hr/> <hr/> <hr/>	

Serdecznie dziękujemy za poświęcony czas i udział w naszej ankiecie! Dołożymy wszelkich starań, aby zając się zgłoszonymi problemami i znaleźć dobre rozwiązania dla nich wszystkich. Dziękujemy za wsparcie!

W przypadku dalszych pytań, przekazania nam informacji w późniejszym czasie lub chęci zaangażowania się w zwalczanie dyskryminacji, prosimy o kontakt z radą zakładową.