

Досвід дискримінації в компанії

Опитування працівників

Любі колеги!

Виробнича рада хотіла б знати, чи комфортно нашим співробітникам працювати разом. Наше завдання полягає у вжитті відповідних заходів для недопущення дискримінації або неналежного поведіння. Ми прагнемо створити атмосферу співпраці й належні умови для кожного. Саме тому нам потрібна ваша думка, адже ви знаєте всі проблеми, всі сильні й слабкі сторони зсередини. Ваш досвід дуже важливий для нас!

Це опитування анонімне й не дозволяє ідентифікувати вашу особу. Виробнича рада опрацює отримані документи й зберігатиме їх відповідно до вимог щодо захисту даних.

| A | Ваша робота в компанії | Менше як 2 роки | Від 2 до 5 років | Від 5 до 10 років | Понад 10 років |
|---|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Як довго ви працюєте в компанії? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2 | Тип вашого трудового договору? | Безстроковий | Строковий | Позикова праця | Робота по виклику |
| | Можна вибрати декілька варіантів відповіді. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 3 | Ви або один із ваших батьків народилися за межами Німеччини? | Так | Ні |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4 | Ваша стать? | Жіноча | Чоловіча | Різне / небінарна особа | Не вказано |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| B Професійна адаптація й умови праці | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5 | Під час професійної адаптації наскільки ви були задоволені ... | Дуже незадоволений (-а) | Трохи незадоволений (-а) | Нейтрально | Доволі задоволений (-а) | Дуже задоволений (-а) |
| | тривалістю адаптації? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | зрозумілістю адаптації? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | тривалістю інструктажів із безпеки праці? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | зрозумілістю інструктажів із безпеки праці? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 6 | На початку роботи в компанії: | Так | Ні |
| | за вами була закріплена особа, до якої можна було звернутися із запитаннями? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ви знали про існування виробничої ради? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | члени виробничої ради відрекомендувалися вам? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 | 0 = дуже погано → 10 дуже добре | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | Як ви оцінюєте умови праці? | <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"/> |
| | Як можна оцінити співпрацю між співробітниками? | <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"/> |

| С Досвід дискримінації або неоднакового ставлення | | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8 | Як часто ви зазнавали дискримінації з однієї з перелічених нижче причин? Можна вибрати декілька варіантів відповіді. | Ніколи | Рідко | Іноді | Часто | Дуже часто |
| | Вік | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Обмежені можливості або хронічне захворювання | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Стать | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Віросповідання або світогляд | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Походження, колір шкіри або мова | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Сексуальна орієнтація | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Гендерна ідентичність | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Соціальне походження / становище | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------|----------------|
| 9 | Якщо ви зазнали дискримінації або неоднакового ставлення: від кого? Можна вибрати декілька варіантів відповіді. | <input type="checkbox"/> | Керівник |
| | | <input type="checkbox"/> | Колеги |
| | | <input type="checkbox"/> | Виробнича рада |
| | | <input type="checkbox"/> | Клієнти |

| | | | |
|----|---|--------------------------|--|
| 10 | Якої саме дискримінації або неоднакового ставлення ви зазнали? Можна вибрати декілька варіантів відповіді. | <input type="checkbox"/> | Вербальна (як-от образи, жарти) |
| | | <input type="checkbox"/> | Фізична (як-от погрози, штовхання) |
| | | <input type="checkbox"/> | Сексуальні домагання (непристойні зауваження, інтимні питання, небажані дотики або дії сексуального характеру) |
| | | <input type="checkbox"/> | Ігнорування / виключення з гурту |
| | | <input type="checkbox"/> | Одержання гірших завдань |

| D Підтримка та можливості для дій | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------|---|
| 11 | Чи знаєте ви: | Так | Ні |
| | ... куди можна звернутися у разі дискримінації? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ... що виробнича рада допоможе вам, якщо ви зазнали дискримінації? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ... що таке Загальний закон про однакове ставлення (AGG)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Якщо ви зазнавали дискримінації або неоднакового ставлення, чи зверталися ви до когось у компанії по допомогу? | <input type="checkbox"/> | Так, до (особа) _____ |
| | | <input type="checkbox"/> | Ні |
| 13 | Якщо ви зазнавали дискримінації або неоднакового ставлення, однак не зверталися по допомогу: чому? Можна вибрати декілька варіантів відповіді. | <input type="checkbox"/> | Я не знав(-ла), куди звернутися. |
| | | <input type="checkbox"/> | Я думав(-ла), що це нормально. |
| | | <input type="checkbox"/> | Я не знав(-ла), що можна поскаржитися. |
| | | <input type="checkbox"/> | Я думав(-ла), що мене не сприйматимуть всерйоз. |
| | | <input type="checkbox"/> | Я боявся(-лася) негативних наслідків. |
| | | <input type="checkbox"/> | Я погано розмовляю німецькою. |
| 14 | Чи готові ви долучитися до подолання дискримінації й неоднакового ставлення в компанії? | Так | Ні |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Стосовно нових співробітників: чи є у вас певні очікування, побоювання або запитання щодо освіти, мови, культури, готовності до роботи тощо? | <hr/> <hr/> <hr/> | |

Дякуємо, що знайшли час для участі в нашому опитуванні! Ми докладемо всіх зусиль для опрацювання проблем, про які ви повідомили, та пошуку рішень, які влаштуватимуть кожного. Дякуємо за вашу підтримку!

Якщо у вас є запитання, ви бажаєте повідомити додаткову інформацію після опитування або долучитися до подолання дискримінації, будь ласка, зверніться до виробничої ради.