Einverständniserklärung

Beantworten Sie die folgende Frage mit „Ja“, so geben sie sich verständlich und einverstanden mit dem Zweck dieser Umfrage sowie zur Art, wie Ihre Daten vom WBU Beschäftigungskomitee verwendet werden. Sobald sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme geben werden sie sofort zur ersten Frage weitergeleitet. Sie können diese Umfrage entweder elektronisch in einer Einstellung ausfüllen oder die Umfrage nach Belieben starten und zurücksenden. Sie können jederzeit zurückkehren, um die Umfrage zu bearbeiten oder zu beenden, bis Sie auf "Fertig" klicken - solange Sie bei jedem Besuch der Umfrage denselben Computer verwenden.

**1. Sind Sie damit einverstanden an dieser Umfrage teilzunehmen?**

 **Ja (wenn ja, weiter zu Frage 2)**

 **Nein (wenn nein, weiter zur „Danke für Ihr Interesse“-Seite und beenden)**

**Demografische Informationen**

2. In welchem Land und in welchem Bundesland leben Sie?

3. Wie beschreiben Sie Ihren Wohnort?

 Großstadt (über 100.000 Einwohner)

 Kleinstadt oder Dorf (weniger als 100.000 und mehr als 3.000 Einwohner)

 Ländliche Gegend (weniger als 3.000 Einwohner)

 Andere (bitte um Beschreibung)

4. Sind Sie männlich oder weiblich?

 Männlich

 Weiblich

 Vorzugsweise keine Antwort

5. In welchem Jahr wurden Sie geboren? (vierstellige Zahl eingeben; z.B.: 1976)

6. Wie ist Ihr Beziehungsstatus?

 Single

 Verheiratet

 Getrennt/Geschieden/Verwitwet

 Vorzugsweise keine Antwort

Comment:

7. Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Bitte wählen Sie eine Antwort.

 Mittel- oder Hauptschulabschluss

 Maturaabschluss

 Lehrabschluss

 Abschluss eines Bachelor-Programms

 Abschluss eines Master- oder Doktorat-Programms

 Andere, bitte beschreiben

8. Welche der folgenden Aussagen beschreibt Sie am besten?

 Ich bin seit meiner Geburt blind bzw. sehbehindert

 Ich bin in der Kindheit erblindet bevor ich 18 wurde

 Ich bin zwischen einem Alter von 18 und 55 Jahren erblindet

 Ich bin in einem Alter von über 55 Jahren erblindet

9. Was ist die Ursache Ihrer Sehbehinderung?

10. Welche der folgenden Aussagen beschreibt den Grad Ihres Sehverlusts Ihrer Meinung nach am besten?

 Leichter Sehverlust (Ich besitze einen Großteil meiner Sehkraft)

 Mittlerer Sehverlust (Ich besitze einen Teil meiner Sehkraft)

 Starker Sehverlust (Ich sehe sehr wenig)

 Totaler Sehverlust (Ich bin vollblind)

 Meine Sehkraft variiert

Comments:

11. Haben Sie neben Ihrer Sehbehinderung andere körperliche bzw. geistige Einschränkungen oder allgemeine Gesundheitsprobleme?

 Ja

 Nein

12. Bitte geben Sie an, welche Einschränkungen bzw. Gesundheitsprobleme Sie neben Ihrer Sehbehinderung haben.

13. Welche der folgenden Tools benutzen Sie, wenn überhaupt, in Ihrem Alltag? Bitte markieren Sie alle zutreffenden Antwortmöglichkeiten.

 Computer mit Sprachausgabe

 Computer mit Bildschirmvergrößerung

 Großer Monitor

 Individualisierter Computer

 Smartphone

 Tablet

 Leseapplikationen

 Ein CCTV oder eine Videovergrößerung

 Einen DAISY-Player

 Ein Abspielgerät für Hörbücher

 Eine Braillezeile

 Eine Armbanduhr mit Sprachausgabe

 Andere Tools mit Sprachausgabe wie z.B. eine Eieruhr oder einen Wecker

 Produkte für künstliches Sehen

 Elektronisches Notizbuch

 Braille-Uhr

 Braille-Schreibmaschine

 Tafel und Griffel

 Gebärdensprachdolmetscher

 Persönliche Leseassistenz (Mensch)

 Betreuer für Taubblinde

 Hörhilfegerät wie ein Hörgerät oder ein FM-System

 Spezialisiertes Transportsystem für Menschen mit Behinderungen

 Weißer Stock

 Blindenhund

 Mobilitätshilfe wie Rollstuhl, Krücken oder Gehhilfe

 Low-Tech-Vision-Geräte wie eine Handlupe oder ein Monokular

 Sonstiges (bitte angeben)

14. Benutzen Sie Brailleschrift?

 Ja

 Nein

15. Wie oft nutzen Sie Brailleschrift?

 Täglich

 Ein- bis zweimal pro Woche

 Ein- bis zweimal im Monat

 Selten (weniger als einmal im Monat)

16. Was ist Ihr bevorzugtes Medium für den Zugriff auf (Lese-) Informationen?

 Elektronische Medien

 Hörmedien

 Taktile Medien (Braille)

 Bildmedien (Druck)

 Sonstiges (bitte angeben)

**Fragen zur Beschäftigung**

17. Haben Sie bereits gearbeitet?

 Ja

 Nein

18. Wie alt waren Sie, als Sie Ihrer ersten bezahlten Arbeit nachgegangen sind? Bitte eines auswählen.

 Vor dem 18. Lebensjahr

 Zwischen dem 18. und dem 25. Lebensjahr

 Zwischen dem 26. und dem 35. Lebensjahr

 Nach dem 35. Lebensjahr

19. Wie lang haben Sie mit Ihrem aktuellen Grad der Sehbehinderung gearbeitet?

 Weniger als zwei Jahre lang

 Zwei bis fünf Jahre lang

 Sechs bis zehn Jahre lang

 Mehr als 10 Jahre lang

20. Gehen Sie aktuell einer Arbeit nach?

 Ja

 Nein

**Aktuelle Beschäftigung**

21. Wie lautet Ihre gegenwärtige Berufsbeschreibung?

22. Bitte fassen Sie Ihre Pflichten zusammen.

23. Bitte beschreiben Sie, was Sie an Ihrer Beschäftigungssituation mögen bzw. stört.

24. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Ihre Zufriedenheit mit Ihrer Arbeitszeit zu?

 Ich würde gerne mehr als jetzt arbeiten

 Ich würde gerne weniger als jetzt arbeiten

 Ich bin mit meiner Arbeitszeit zufrieden

25. Wie würden Sie Ihre aktuelle Beschäftigungssituation beschreiben? Bitte eine Antwort wählen.

 Ich bin selbstständiger Unternehmer und werbe für meine Dienstleistungen/Produkte

 Ich bin Privatangestellter für mehrere Arbeitgeber

 Ich habe einen unbefristeten Arbeitsvertrag mit meinem Arbeitgeber

 Ich habe einen befristeten Arbeitsvertrag mit meinem Arbeitgeber

 Ich mache ein Praktikum

26. Wie würden Sie Ihre Zufriedenheit mit Ihrer aktuellen Beschäftigungssituation auf einer Skala von eins bis fünf beschreiben (wobei eins schlecht und fünf ausgezeichnet bedeutet)?

27. Sind Sie Ihrer Beschäftigungszeit befördert worden?

 Ja

 Nein

28. Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie? Bitte eine Antwort wählen.

 Zehn oder weniger Stunden pro Woche

 Elf bis 20 Stunden pro Woche

 21 bis 30 Stunden pro Woche

 31 bis 40 Stunden pro Woche

 Mehr als 40 Stunden pro Woche

29. Welchen Ratschlag würden Sie einem Arbeitgeber, der einen Bewerber mit Sehverlust in Betracht zieht, geben?

30. Haben Sie zu irgendeinem Zeitpunkt in den letzten zwei Jahren gearbeitet (falls Sie aktuell nicht arbeiten)?

 Ja

 Nein

 Ich bin aktuell angestellt

**Vorhergehende Anstellung (aktuell nicht beschäftigt)**

31. Aus welchem Grund sind Sie aktuell nicht beschäftigt?

32. Wie viele Wochenstunden haben Sie in Ihrem vorhergehenden Beruf gearbeitet? Bitte eine Antwort wählen.

 Zehn oder weniger Stunden pro Woche

 Elf bis 20 Stunden pro Woche

 21 bis 30 Stunden pro Woche

 31 bis 40 Stunden pro Woche

 Mehr als 40 Stunden pro Woche

33. Wie würden Sie Ihre Zufriedenheit mit Ihrem letzten Job auf einer Skala von eins bis fünf beschreiben (wobei eins schlecht und fünf ausgezeichnet bedeutet)?

34. Würden Sie gerne:

 In Ihren letzten Beruf mit demselben Arbeitgeber zurückkehren.

 Einen anderen Beruf mit demselben Arbeitgeber finden.

 In Ihren letzten Beruf mit einem anderen Arbeitgeber zurückkehren.

 Einen anderen Beruf mit einem anderen Arbeitgeber finden.

 Ein Unternehmen gründen.

 In Pension gehen.

35. Bitte beschreiben Sie, was Sie an Ihrer Beschäftigung gemocht bzw. nicht gemocht haben.

36. Wurden Sie während Ihrer letzten Anstellung befördert?

 Ja

 Nein

37. Hatten Sie in Bezug auf Ihre Arbeit Mentoren?

 Ja

 Nein

38. Hatten Sie in Bezug auf Ihre Arbeit Mentoren, die auch einen Sehverlust hatten?

 Ja

 Nein

39. Welchen Ratschlag würden Sie einem Arbeitgeber, der einen Bewerber mit Sehverlust in Betracht zieht, geben?

40. Sind Sie aktuell arbeitssuchend?

41. Wenn Sie morgen ein Jobangebot erhielten, wären Sie sofort bereit zu arbeiten zu beginnen?

42. Wenn Sie morgen ein Jobangebot erhielten, wären Sie interessiert es anzunehmen, selbst wenn Sie nicht sofort bereit wären?

43. Ist die Selbstständigkeit bzw. die Gründung eines Unternehmens für Sie eine Karriereoption für die nächsten fünf Jahre?

**Nie beschäftigt**

44. Aus welchen Gründen waren Sie nie beschäftigt? Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

 Ich nehme an einem Training bzw. Kurs in einer schulähnlichen Umgebung teil.

 Ich bin frühpensioniert.

 Ich bin krank bzw. chronisch gesundheitseingeschränkt.

 Ich versorge ein Familienmitglied, das krank bzw. chronisch gesundheitseingeschränkt ist.

 Ich versorge Angehörige (z.B.: Großeltern oder minderjährige Kinder).

 Ich bin erst seit kurzem in diesem Land und habe daher Kommunikationsschwierigkeiten.

 Ich nehme an einem Behindertenhilfsprogramm teil.

 Ich bin freiwilliger Helfer.

 Ich reise.

 Ich muss nicht arbeiten.

 Ich will nicht arbeiten.

 Sonstige Gründe (bitte angeben)

45. Haben Sie während des letzten Jahres nach Arbeit gesucht?

 Ja

 Nein

46. Haben Sie infolge Ihrer Arbeitssuche Einladungen zu Bewerbungsgesprächen erhalten?

 Ja

 Nein

47. Haben Sie infolge Ihrer Arbeitssuche Jobangebote erhalten?

 Ja

 Nein

48. Sind sie aktuell arbeitssuchend?

 Ja

 Nein

49. Bitte geben Sie an, wie viel Zeit Ihre Arbeitssuche in Anspruch nimmt.

 Keine Zeit- andere erledigen das für mich

 Weniger als eine Stunde pro Monat

 Eine Stunde oder mehr alle zwei Wochen

 Eine Stunde oder mehr pro Woche

 Eine Stunde oder mehr täglich

 Dieselbe Zeit, die ich mit einem Vollzeitjob verbringen würde: 38 bis 40 Stunden pro Woche

50. Bitte geben Sie an, wie viele Bewerbungen Sie in den letzten drei Monaten eingereicht haben.

51. Wenn Sie morgen ein Jobangebot erhielten, wären Sie sofort bereit zu arbeiten zu beginnen?

 Ja

 Nein

52. Wenn Sie morgen ein Jobangebot erhielten, wären Sie interessiert es anzunehmen, selbst wenn Sie nicht sofort bereit wären?

 Ja

 Nein

53. Würden Sie gerne eine blinde- oder sehbehinderte arbeitende Person kennenlernen?

 Ja

 Nein

**Danke für Ihre Teilnahme!**