



## Ankieta ewaluacyjna

Pomóż nam w ocenie przydatności „Poradnika kobiety żyjącej z HIV” oraz zrozumienia tego, w jaki sposób możemy udoskonalić kolejne jego edycje, wysyłając nam ten formularz (wypełniony w języku angielskim):

**ICW 2c Leroy House, 436 Essex Road London N1 3QP, UK**

**Tel: 44 (0)20 7704 0606 Fax: 44 (0)20 7704 8070**

**E-mail: [info@icw.org](mailto:info@icw.org)**

### PART ONE: About the ICW Positive Woman's Survival Kit

#### CZĘŚĆ PIERWSZA: O Poradniku kobiety żyjącej z HIV

##### A. Overall, how useful have you found the Survival Kit? Jak oceniasz przydatność Poradnika?

- Very useful Bardzo przydatny       Fairly useful Dostyc przydatny  
 Not very useful Mało przydatny       Not at all useful Wcale nieprzydatny

If you have found it useful, please tell us how. Jeśli uważasz, że jest przydatny, powiedz, w jaki sposób.

---

---

---

If you have found it **not** useful, please suggest us ways in which it could be more useful. Jeśli uważasz, że jest **nieprzydatny**, zaproponuj, w jaki sposób można by go było ulepszyć.

---

---

---

##### B. What did you like? What didn't you like? What would you like more information on? Co Ci się spodobało? Co Ci się nie spodobało? Na jaki temat chciałabyś otrzymać więcej informacji?

###### 1. The **most** useful section was: **Najbardziej** przydatny rozdział to:

---

Please explain why: Skomentuj proszę swoja wypowiedź:

---

---

###### 2. The **least** useful section was: **Najmniej** przydatny rozdział to:

---

Please explain why: Skomentuj proszę swoja wypowiedź:

---

---

###### 3. I would like more information in the future on: W przyszłości chciałabym otrzymać więcej informacji o:

---

---

## PART TWO: About Yourself

### CZĘŚĆ DRUGA: o sobie

1. Are you a (please tick): Czy jesteś (właściwe zaznaczyć):

- Woman living with HIV/AIDS? Kobieta żyjącą z HIV/AIDS?
- Man living with HIV/AIDS? Mężczyznę żyjącym z HIV/AIDS?
- Family member of someone living with HIV/AIDS? Członkiem rodziny osoby żyjącej z HIV/AIDS?
- AIDS Service Organisation/NGO Worker? Pracownikiem organizacji świadczącej pomoc związaną z AIDS/ organizacji pozarządowej?
- Health worker? Pracownikiem służby zdrowia?

Other (please explain): Inne (wpisać):

---

2. What country do you live in? W jakim kraju przebywasz?

---

3. How have you used this Survival Kit? (please tick) W jaki sposób wykorzystałaś Poradnik? (właściwe zaznaczyć)

- I read it from the beginning to the end Przeczytałam od początku do końca
- I read only the sections I was interested in Przeczytałam tylko te rozdziały, które mnie interesowały
- I shared the information with HIV positive women Podzieliłam się tymi informacjami z kobietami żyjącymi z HIV
- I used it with work with an organisation Wykorzystałam go w pracy w organizacji
- I copied sections and gave others copies Skopiowałam i rozdałam innym kopie poszczególnych rozdziałów
- Sections were translated into another language Rozdziały zostały przetłumaczone na inne języki

What language? Jakie języki? \_\_\_\_\_

- It was used in a self-help group Wykorzystano go w grupie wsparcia
- It was used as part of a training Wykorzystano go podczas szkolenia

Other ways you used the Survival Kit: Inne sposoby wykorzystania Poradnika:

---

---

---

4. Name and address is optional (but would be very useful): Nazwa i adres są opcjonalne (choćby byłyby bardzo przydatne):

---

---

---

Date completed this form: Data wypełnienia formularza:

---

Proszę o przesłanie wypełnionego formularza na adres:

**ICW 2c Leroy House 436 Essex Road London N1 3QP UK**

**W imieniu ICW dziękujemy za poświęcenie  
swojego czasu na wypełnienie tego formularza.**



# Międzynarodowe Stowarzyszenie Kobiet Żyjących z HIV/AIDS (ICW)

## Formularz członkowski

ICW jest jedyną międzynarodową siecią stworzoną przez i dla kobiet żyjących z HIV. Została założona w odpowiedzi na zupełny brak wsparcia i informacji, która byłaby dla nas dostępna na świecie. Naszym celem jest poprawa sytuacji kobiet żyjących z HIV, poprzez wsparcie i wymianę informacji. Członkinią może zostać każda kobieta żyjąca z HIV/AIDS. Już dziś dołącz do nas, wypełniając ten formularz!

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza (w języku angielskim) i odesłanie pod podany niżej adres.

First name: Imię: \_\_\_\_\_ Surname: Nazwisko: \_\_\_\_\_

Address where you want to receive our correspondence: Adres korespondencyjny: \_\_\_\_\_

City: Miasto: \_\_\_\_\_ Postcode: Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Country: Państwo: \_\_\_\_\_ Telephone: Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: Faks: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Home (private) address (if different from above): Adres domowy (jeśli inny niż adres podany powyżej): \_\_\_\_\_

City: Miasto: \_\_\_\_\_ Postcode: Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Country: Państwo: \_\_\_\_\_ Telephone: Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: Faks: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Are you diagnosed HIV+ and woman? Czy zdiagnozowano u Ciebie zakażenie HIV i czy jesteś kobietą?  Yes Tak  No Nie

If yes, are you open about your status? Jeśli tak, to czy otwarcie mówisz o swoim statusie?  Yes Tak  No Nie

Are you in contact with other HIV+ women in your area? Czy utrzymujesz kontakt z innymi kobietami żyjącymi z HIV z Twojej okolicy?  Yes Tak  No Nie

Can we give your name and address to the ICW Key Contacts? Czy możemy podać Twoje nazwisko i adres w Kontaktach ICW?  Yes Tak  No Nie

Can we give your name and address to the GNP+ regional representatives? Czy możemy podać Twoje nazwisko i adres regionalnym przedstawicielom GNP+?  Yes Tak  No Nie

In which language would you like to receive information from ICW? W jakich językach chciałabyś otrzymywać informację od ICW?  English Angielski  
 French Francuski  
 Spanish Hiszpański

Are you happy for us to give your name and address to other relevant organisations so that you can also receive their newsletters (e.g. Healthlink Worldwide – Aids Action)? Czy masz ochotę podać swoje imię innym ważnym organizacjom, w celu otrzymywania ich newsletterów (np. Healthlink Worldwide -AIDS Action)?  Yes Tak  No Nie

Would you like to become actively involved in ICW? Czy chciałabyś się aktywnie zaangażować w działalność ICW?  Yes Tak  No Nie

If so, please let us know how overleaf, either by joining the International Speakers Service or under further information. Jeśli tak, proszę, podaj na odwrocie strony w jaki sposób: włączając się do Międzynarodowych Zasobów Prelegentów (International Speakers Service), czy też po otrzymaniu dodatkowych informacji.

Do you have access to office equipment? Czy masz dostęp do sprzętu biurowego?  Yes Tak  No Nie

We have started an **International Speakers Service**. This is a list of positive women who are willing to speak on issues about women and HIV at meetings, conferences etc. Would you like to speak as an ICW member and/or woman with HIV? Rozpoczęliśmy tworzenie Międzynarodowych Zasobów Prelegentów **International Speakers Service**. Jest to lista kobiet żyjących z HIV, które są gotowe mówić publicznie o kwestiach związanych z kobietami i HIV na spotkaniach, konferencjach etc. Czy chciałabyś przemawiać jako członkini ICW i/lub kobieta żyjąca z HIV?

Yes Tak  No Nie

What experience, if any, do you have of public speaking? Czy i jakie masz doświadczenie w publicznych wystąpieniach?

---

---

Would you be prepared to speak on television or radio? Czy byłabyś gotowa, aby wystąpić w telewizji lub radiu?

Yes Tak  No Nie

What languages do you speak? (please indicate whether basic, conversational or fluent) Jakimi językami się posługujesz? (Proszę wskazać poziom: podstawowy, komunikacyjny, biegły)

English Angielski  
 French Francuski  
 Spanish Hiszpański

Other: Inne: \_\_\_\_\_

---

What are your particular interests/concerns? Jakie masz zainteresowania?

---

---

---

How would you like ICW to represent you? W jaki sposób chciałabyś, aby ICW Cię reprezentowało?

---

---

---

---

Is there any further information you would like to add? Czy chciałabyś dodać jakieś informacje?

---

---

---

---

---

I wish to become a member of the International Community of Women Living with HIV/AIDS. Chcę zostać członkiem Międzynarodowego Stowarzyszenia Kobiet Żyjących z HIV/AIDS (ICW).

SIGNED: PODPIS: \_\_\_\_\_ DATE: DATA: \_\_\_\_\_

**Please be assured that all information is treated as private and confidential. Wszystkie informacje są traktowane jako poufne.**

Po wypełnieniu formularza, prosimy o przesłanie go wraz z życiorysem na adres (można dołączyć życiorys):

**International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)**

2C Leroy House, 436 Essex Road

London N1 3QP, Wielka Brytania

TEL: +44 (0)20 7704 0606 FAX: +44 (0)20 7704 8070 EMAIL: info@icw.org