**Анкета для опроса получателей социальных услуг**

Уважаемый клиент, Ваше мнение очень важно для нас! Государственное бюджетное учреждение «Трояновский сельский психоневрологический интернат» проводит анкетирование с целью повышения качества оказанных Вам социальных услуг, поэтому просим Вас ответить максимально подробно и откровенно на вопросы. Все ответы будут полностью анонимными, а итоги будут представлены в обобщенном виде, поэтому не нужно указывать Ваше имя. Поставьте любую отметку напротив нужного ответа или пункта, либо выделите выбранный ответ цветом.

***Сообщите, пожалуйста, некоторые сведения о себе:***

1. Ваш пол:

* Мужской;
* женский

2. Возраст:

* до 18 лет
* 18-30 лет
* 30-45 лет
* 45-60 лет
* 60-79 лет
* старше 80 лет

3. Кому оказывались (оказываются) услуги(а):

* Вам лично
* Вашему родственнику
* Другое (укажете кому именно)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Относитесь ли Вы к маломобильной категории граждан?

* Нет
* Да

***Из какого источника информации Вы узнали о возможности получения социальных услуг в нашем учреждении?***

* ***⁬***рассказали родственники, соседи, знакомые
* ⁬узнали из социальных сетей, радио, телевидения
* ⁬предложили работники социальной защиты
* ⁬предложили работники здравоохранения
* ⁬другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Удовлетворены ли Вы качеством, полнотой и доступностью информации (при личном обращении, по телефону, на официальном сайте организации социального облуживания) о работе организации социального облуживания, в том числе о перечне и порядке предоставления социальных услуг?***

* да
* нет (укажите почему) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Как часто Вы обращаетесь за помощью в организации социального обслуживания?***

* 1-2 раза в год,
* несколько раз в год, ⁬
* по всем возникающим проблемам социального характера

***Считаете ли Вы условия оказания услуг в организации социального обслуживания доступными (в том числе для инвалидов и других маломобильных групп получателей услуг)?***

* да
* нет (укажите почему) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Считаете ли Вы благоустройство и содержание помещения организации социального облуживания и территорию, на которой она расположена, как хорошее?***

* да
* нет (укажите почему) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Как Вы оцениваете период ожидания предоставления услуг организацией социального обслуживания?***

* очередь отсутствует
* ожидал меньше назначенного срока
* ожидал больше назначенного срока
* длительный период ожидания (укажите сколько) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Столкнулись ли Вы с фактами нарушения графика работы учреждения и времени приема?***

* нет
* да (объясните, почему) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Как вы считаете, работники организации социального облуживания доброжелательны, вежливы и внимательны?***

* да
* нет (укажите почему) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Как Вы считаете, работники организации социального облуживания населения компетентны?***

* да
* нет (укажите почему) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Как Вы считаете, произошло ли изменение качества Вашей жизни, жизни Ваших родственников, в том числе способности к самообслуживанию, после получения социальных услуг в организации социального обслуживания?***

* да (проблема, с которой я обращался, решена)
* не совсем (проблема, с которой я обращался, решена не полностью)
* нет (проблема, с которой я обращался, не решена)
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***В какой мере Вы удовлетворены условиями предоставления социальных услуг организацией социального обслуживания? (Сделайте только одну отметку в каждой строчке, соответствующую степени Вашей удовлетворенности по каждому из следующих критериев):***

| № п/ п | Критерии/ показатели | Полностью удовлетворен | Частично удовлетворен | Не удовлетворен |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| ***1*** | помещением  |  |  |  |
| ***2*** | имеющимся оборудованием |  |  |  |
| ***3*** | хранением личных вещей, |  |  |  |
| ***4*** | оборудованным для инвалидов санитарно-гигиеническим помещением |  |  |  |
| ***5*** | Санитарным содержанием санитарно-технического оборудования |  |  |  |
| ***6*** | порядком оплаты услуг |  |  |  |
| ***7*** | конфиденциальностью оказания услуг |  |  |  |
| ***8*** | оперативностью решения вопросов |  |  |  |
| ***9*** | качеством проводимых мероприятий, имеющих групповой характер (оздоровительных, досуговых, лечебно- профилактических) |  |  |  |
| ***10*** | Благоустройство и содержание помещения организации социального облуживания и территории, на которой расположена |  |  |  |

***Порекомендовали бы Вы учреждение своим родственникам, знакомым, нуждающимся в социальном обслуживании?***

* да
* нет

***Какие замечания, предложения, пожелания есть у Вас для улучшения обслуживания в учреждении? Дайте, пожалуйста, Нам совет.*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В НАШЕМ ОПРОСЕ!

Заполненную анкету Вы можете направить на адрес электронной почты ГБУ "Трояновский сельский психоневрологический интернат: gsytspni@mail.ru