**Форма – ПСиД**

**АНКЕТА**

**ПОЛУЧАТЕЛЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПОЛУСТАЦИОНАРНОЙ ФОРМЫ ЛИБО В ФОРМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ДОМУ**

В рамках «Декады качества 2019» предоставления социальных услуг просим Вас принять участие в опросе.

Мы высоко ценим Ваше мнение и обязательно учтем его в своей дальнейшей работе!

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол М  Ж 

Отметьте выбранный Вами ответ любым удобным для Вас знаком.

1. **Укажите предоставляемую форму социального обслуживания:**

|  |  |
| --- | --- |
| полустационарная |  |
| на дому |  |

1. **Сотрудники учреждения при оказании Вам услуги вежливы, доброжелательны и внимательны?**

|  |  |
| --- | --- |
| да |  |
| нет |  |

1. **Удовлетворены ли Вы компетентностью (профессионализмом) персонала (социальных работников) при предоставлении социальных услуг?**

|  |  |
| --- | --- |
| полностью удовлетворен(а) |   |
| чем-то удовлетворен(а), чем-то нет  |   |
| совсем не удовлетворен(а) |   |
| затрудняюсь ответить |   |

1. **Считаете ли Вы доступными объекты и условия оказания социальных услуг в учреждении, в том числе для инвалидов и других маломобильных групп граждан?**

|  |  |
| --- | --- |
| доступны |   |
| малодоступны |   |
| недоступны |   |

1. **Оцените качество предоставления социальных услуг:**

|  |  |
| --- | --- |
| удовлетворен(а) |  |
| не удовлетворен(а) |  |

1. **Информация об оплате за социальное обслуживание:**

|  |  |
| --- | --- |
| Вам понятна  |   |
| Вам не понятна  |   |
| не доведена до Вас  |   |

1. **Если Вы обращались к нам ранее, заметили ли Вы изменения
в качестве предоставления услуг?**

|  |  |
| --- | --- |
| стало лучше |  |
| без изменений |  |
| стало хуже (в чем причина, по Вашему мнению) |  |
|  |
|  |

1. **Что, по Вашему мнению, необходимо изменить в работе учреждения?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Вы удовлетворены качеством и полнотой информации о работе нашего учреждения (адрес, телефон, график работы, порядок обращения и проч.)
и о порядке (перечне) предоставления социальных услуг, предоставляемой
по телефону, на официальном сайте в сети «Интернет», при личном обращении?**

|  |  |
| --- | --- |
| полностью удовлетворен(а) |  |
| чем-то удовлетворен(а), чем-то нет |  |
| совсем не удовлетворен(а)  |  |
| затрудняюсь ответить |  |

Ф.И.О., телефон (заполняется по желанию)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Спасибо!**

Наименование учреждения КГБУ СО «Центр социальной помощи семье и детям «Канский»