**АНКЕТА**

**для опроса получателя социальных услуг**

**Уважаемый клиент,**

Ваше мнение очень важно для нас! ***Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия*** проводит анкетирование с целью повышения качества оказания 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.

**Заполненную анкету предлагаем направлять по адресу электронной почты:** mintr@mtsrrb.eastsib.ru

Поставьте любую отметку напротив нужного ответа или пункта, либо выделите выбранный ответ цветом.

**1. Ваш пол**: мужской женский

**2. Ваш 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 ребенку другое (укажите кому именно) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Относитесь ли Вы к маломобильной категории граждан?**

нет

да

**5. 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. В какой мере Вы удовлетворены условиями предоставления социальных услуг организацией социального обслуживания?**

**(**Сделайте только одну отметкув каждой строчке, соответствующую степени Вашей удовлетворенности по каждому из следующих критериев):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Критерии/ показатели** | **Полностью удовлетворен** | **Частично удовлетворен** | **Не удовлетворен** | **Затрудняюсь ответить** |
|  |  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| **1** | помещением |  |  |  |  |
| **2** | имеющимся оборудованием |  |  |  |  |
| **3** | питанием |  |  |  |  |
| **4** | мебелью, мягким инвентарем |  |  |  |  |
| **5** | хранением личных вещей, |  |  |  |  |
| **6** | оборудованным для инвалидов санитарно-гигиеническим помещением |  |  |  |  |
| **7** | порядком оплаты услуг |  |  |  |  |
| **8** | конфиденциальностью оказания услуг |  |  |  |  |
| **9** | графиком посещений |  |  |  |  |
| **10** | сроками предоставления услуг |  |  |  |  |
| **11** | оперативностью решения вопросов |  |  |  |  |
| **12** | качеством проводимых мероприятий, имеющих групповой характер (оздоровительных, досуговых, лечебно-профилактических) |  |  |  |  |

**7. Как Вы оцениваете доброжелательность, вежливость и внимательность работников организации социального обслуживания?**

**высоко оцениваю**

**поставлю среднюю оценку**

**низко оцениваю**

**затрудняюсь ответить**

**8. Столкнулись ли Вы с фактами некомпетентности работников организации социального обслуживания?**

**нет**

**да (поясните с какими)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**затрудняюсь ответить**

**9. Как Вы считаете, произошло ли изменение качества Вашей жизни, 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)

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

 нет

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

**11. 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12. Приходилось ли Вам обращаться с жалобой/предложением по поводу оказания социальных (ой) услуг (и)?**

да

нет

**13. В случае, если Вы обращались с жалобой/предложением по совершенствованию качества оказания услуг, изменилась ли ситуация?**

да (укажите, как именно)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

нет

**14. Как часто Вы обращаетесь за помощью в государственные (муниципальные) учреждения социального обслуживания?** (укажите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

да

 нет

затрудняюсь ответить

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

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

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

**Спасибо за участие в опросе!**