**ФОРМА ОБРАТНОЙ СВЯЗИ**

***В целях повышения эффективности и дальнейшего совершенствования качества***

***предоставления наших услуг***

***просим Вас ответить на следующие вопросы:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ФИО | Гр. инвалидности | Дата начала получения социальных услуг | Дата окончания получения социальных услуг |
|  |  |  |  |

1. **Как Вы оцениваете уровень оказания услуг в целом?**

 отлично

  хорошо

  удовлетворительно

 плохо (почему)

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

1. **Как Вы считаете, какой курс предоставления услуг сопровождаемого проживания должен быть?**

 21 дней

  28 дней

  30 день

  60 дней

**3. Удовлетворяют ли Вас следующие условия и качество предоставления социальных услуг в организации:**

 3.1. Условия предоставления социальных услуг

|  |
| --- |
| □ Да                                □ Скорее нет, чем да |
| □ Затрудняюсь ответить |

□ Нет (почему)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.2. Порядок оплаты социальных услуг

|  |
| --- |
| □ Да                                □ Скорее нет, чем да |

□ Нет (почему)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Услуга предоставляется бесплатно

3.3. Оперативность и качество решения возникших вопросов

|  |
| --- |
| □ Да                                □ Скорее нет, чем да |
| □ Затрудняюсь ответить |

□ Нет (почему)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.4. Питание

|  |
| --- |
| □ Да                                □ Скорее нет, чем да |
| □ Затрудняюсь ответить |

□ Нет (почему)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.5. Проживание

|  |
| --- |
| □ Да                                □ Скорее нет, чем да |
| □ Затрудняюсь ответить |

□ Нет (почему)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.6. Организация и проведение досуга

|  |
| --- |
| □ Да                                □ Скорее нет, чем да |
| □ Затрудняюсь ответить |

□ Нет (почему)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Насколько Вы удовлетворены компетентностью (профессионализмом), качеством и эффективностью оказанных услуг специалистами организации (социальных работников)? Оцените работу сотрудников по 5 бальной шкале (где 1 – это очень плохо, а 5 - отлично):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сотрудник | Оценка | Комментарии/пожелания по каждому сотруднику |
| Соц. работник Герман |  |  |
| Соц. работник Артем |  |  |
| Соц. работник Ольга |  |  |
| Соц. работник Юлия |  |  |
| Соц. работник Наталья |  |  |
| Соц. работник Ирина  |  |  |
| Соц. работник Екатерина |  |  |
| Психолог Ульяна  |  |  |
| Специалист Светлана |  |  |
| Массажист Александр |  |  |
| Инструктор-методист по АФК Алексей |  |  |
| Инструктор-методист по АФК Дарья |  |  |
| Инструктор-методист по АФК Кирилл |  |  |
| Инструктор-методист по АФК Константин |  |  |
| Инструктор по адаптивному спорту Дмитрий |  |  |
| Эрготерапевт Анна |  |  |
| Специалист по физической реабилитации Оксана |  |  |
| Водитель Евгений |  |  |
| Водитель Андрей |  |  |
| Врач невролог Татьяна Евгеньевна |  |  |
| Уборщица Мария Алексеевна |  |  |
| Уборщица Людмила Викторовна |  |  |

1. **Доступность получаемых социальных услуг:**

|  |
| --- |
| □ Да                                □ Скорее нет, чем да |
| □ Затрудняюсь ответить |

□ Нет (почему)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Изменилось ли качество Вашей жизни в положительную сторону в результате получения социальных услуг в организации?**

|  |
| --- |
| □ Да                                □ Скорее нет, чем да |
| □ Затрудняюсь ответить |

□ Нет (почему)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Ваши дополнительные пожелания и высказывания**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

*Благодарим Вас за ответы!*

*Сведения, отраженные Вами в анкете, будут использованы только для анализа и*

*повышения качества оказания услуг.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись) (ФИО)