Анкета

1. Ваш пол:
2. Женский;
3. Мужской.
4. Возраст (количество полных лет):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Состояние здоровья:
6. Способность к самообслуживанию сохранена;
7. Способность к самообслуживанию утрачена;
8. Способность к самообслуживанию значительно утрачена;
9. Способность к самообслуживанию полностью утрачена.
10. Знаете ли Вы о видах социальных услуг, предоставляемых на дому?
11. Да;
12. Нет (по какой причине Вы не знаете?): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если да, то:

1. Пользовались ли Вы социальными услугами?
2. Да;
3. Нет (по какой причине Вы не пользовались?):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Какие социальные услуги, и с какой периодичностью Вы получаете (в каждой строке отметьте одно из значений):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид услуги | Предоставляются | | Не предоставляются |
| Регулярно | Иногда |
| Социально-бытовые услуги |  |  |  |
| Социально-медицинские |  |  |  |
| Социально-психологические |  |  |  |
| Социально-педагогические |  |  |  |
| Социально-трудовые |  |  |  |
| Социально-правовые |  |  |  |
| В целях повышения коммуникативного потенциала получателей услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей инвалидов |  |  |  |

1. Как давно Вы получаете социальные услуги (напишите):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_месяцев

1. Оцените качество предоставляемых Вам услуг:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид услуги | Удовлетворен | | | Услугой не пользуюсь |
| Да | Частично | Нет |
| Покупка за счет средств получателя услуг и доставка на дом продуктов питания, промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств ухода и реабилитации, книг, газет, журналов до 7 кг |  |  |  |  |
| Кормление |  |  |  |  |
| Помощь в приготовлении пищи |  |  |  |  |
| Оплата за счет средств получателей социальных услуг жилищно-коммунальных услуг, услуг связи, взноса за капитальный ремонт, уплачиваемого собственниками помещений в многоквартирном доме |  |  |  |  |
| Предоставление гигиенических услуг лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно выполнять их: |  |  |  |  |
| Выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья получателей услуг (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств и др) |  |  |  |  |
| Проведение оздоровительных мероприятий |  |  |  |  |
| Систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья |  |  |  |  |
| Психологическая помощь и поддержка, в том числе гражданам, осуществляющим уход на дому за тяжелобольными получателями социальных услуг |  |  |  |  |
| Обучение родственников тяжелобольных получателей социальных услуг практическим навыкам общего ухода за ними |  |  |  |  |
| Оказание помощи в оформлении и восстановлении документов получателей услуг |  |  |  |  |
| Обучение инвалидов (детей-инвалидов) пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации |  |  |  |  |
| Обучение навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах |  |  |  |  |
| Другое (напишите)\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |

1. Удовлетворены ли Вы работой социального работника?
2. Да;
3. Нет (укажите причину):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Насколько Вы удовлетворены следующими характеристиками социального обслуживания?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Да | Скорее да, чем нет | Скорее нет, чем да | Нет |
| Доброжелательное, вежливое отношение |  |  |  |  |
| Качество выполнения работы |  |  |  |  |
| Ответственность |  |  |  |  |
| Дисциплинированность |  |  |  |  |
| Предоставляемый объем услуг |  |  |  |  |
| Своевременное предоставление услуг |  |  |  |  |
| Длительность посещения социального работника |  |  |  |  |
| Частота посещения социального работника |  |  |  |  |

1. Знаете ли Вы, что кроме гарантированных государством социальных услуг есть дополнительные социальные услуги?
2. Да;
3. Нет (по какой причине Вы не знаете?):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Какие дополнительные услуги Вам известны?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Какие социальные услуги Вы хотели бы получить дополнительно?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Информировал ли Вас Ваш социальный работник о перечне дополнительных услуг?
4. Да;
5. Нет.
6. Удовлетворены ли Вы качеством предоставления дополнительных услуг?
7. Да;
8. Нет.
9. Как часто бы Вы пользовались дополнительными услугами?
10. 1 раз в неделю;
11. 2-4 раза в месяц;
12. 1 раз в месяц и реже;
13. 2 раза в год;
14. 1 раз в год.
15. Ваши предложения по улучшению качества и доступности предоставления социальных услуг:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. Подпись

Дата