Приложение 3

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Анкета**

**для опроса получателей услуг о качестве условий оказания услуг**

**организациями социального обслуживания**

**Уважаемый участник опроса!**

Опрос проводится в целях выявления мнения граждан о качестве условий оказания услуг организациями социального обслуживания Челябинской области. Пожалуйста, ответьте на вопросы анкеты. Ваше мнение позволит улучшить работу организаций социальной сферы и повысить качество оказания услуг населению.

Опрос проводится анонимно. Ваши фамилия, имя, отчество, контактные телефоны указывать необязательно. Конфиденциальность высказанного Вами мнения о качестве условий оказания услуг организациями социальной сферы гарантируется.

**1. *ПРИ ПОСЕЩЕНИИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЩАЛИСЬ ЛИ ВЫ К ИНФОРМАЦИИ О ЕЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, РАЗМЕЩЕННОЙ НА ИНФОРМАЦИОННЫХ СТЕНДАХ В ПОМЕЩЕНИЯХ ОРГАНИЗАЦИИ?***

1 - Да 2 - Нет (переход к вопросу 3)

**2. *УДОВЛЕТВОРЕНЫ ЛИ ВЫ******ОТКРЫТОСТЬЮ, ПОЛНОТОЙ И ДОСТУПНОСТЬЮ ИНФОРМАЦИИ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ, РАЗМЕЩЕННОЙ НА ИНФОРМАЦИОННЫХ СТЕНДАХ В ПОМЕЩЕНИИ ОРГАНИЗАЦИИ?***

1 - Да 2 - Нет

**3. *ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ЛИ ВЫ ОФИЦИАЛЬНЫМ САЙТОМ ОРГАНИЗАЦИИ, ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ЕЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?***

1 - Да 2 - Нет (переход к вопросу 5)

**4. *УДОВЛЕТВОРЕНЫ ЛИ ВЫ******ОТКРЫТОСТЬЮ, ПОЛНОТОЙ И ДОСТУПНОСТЬЮ ИНФОРМАЦИИ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ, РАЗМЕЩЕННОЙ НА ЕЕ ОФИЦИАЛЬНОМ САЙТЕ В ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»?***

1 - Да 2 - Нет

**5. *СВОЕВРЕМЕННО ЛИ ВАМ БЫЛА ПРЕДОСТАВЛЕНА УСЛУГА В ОРГАНИЗАЦИИ, В КОТОРУЮ ВЫ ОБРАТИЛИСЬ (в соответствии со временем записи на прием к специалисту (консультацию), с датой госпитализации (диагностического исследования), со сроками, установленными индивидуальной программой предоставления социальных услуг, и прочее)?*** [[1]](#footnote-2)

1 - Да (услуга предоставлена своевременно или ранее установленного срока)

2 - Нет (услуга предоставлена с опозданием)

**6. *УДОВЛЕТВОРЕНЫ ЛИ ВЫ КОМФОРТНОСТЬЮ УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ В ОРГАНИЗАЦИИ (наличие комфортной зоны отдыха (ожидания); наличие и понятность навигации в помещении организации; наличие и доступность питьевой воды в помещении организации; наличие и доступность санитарно-гигиенических помещений в организации; удовлетворительное санитарное состояние помещений организации; транспортная доступность организации (наличие общественного транспорта, парковки); доступность записи на получение услуги (по телефону, на официальном сайте организации, посредством единого портала государственных и муниципальных услуг, при личном посещении в регистратуре или у специалиста организации) и прочие условия)?***

1 - Да2 – Нет

**7. *ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ (ИЛИ ЛИЦО, ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ КОТОРОГО ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ) УСТАНОВЛЕННУЮ ГРУППУ ИНВАЛИДНОСТИ?***

1 – Да 2 - Нет (переход к вопросу 9)

**8. *УДОВЛЕТВОРЕНЫ ЛИ ВЫ ДОСТУПНОСТЬЮ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ В ОРГАНИЗАЦИИ?***

1 - Да 2 - Нет

**9. *УДОВЛЕТВОРЕНЫ ЛИ ВЫ ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬЮ И ВЕЖЛИВОСТЬЮ РАБОТНИКОВ ОРГАНИЗАЦИИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ПЕРВИЧНЫЙ КОНТАКТ С ПОСЕТИТЕЛЯМИ И ИНФОРМИРОВАНИЕ ОБ УСЛУГАХ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ОБРАЩЕНИИ В ОРГАНИЗАЦИЮ (работники регистратуры, справочной, приемного отделения, кассы, приемной комиссии и прочие работники)?***

1 – Да 2 - Нет

**10. *УДОВЛЕТВОРЕНЫ ЛИ ВЫ ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬЮ И ВЕЖЛИВОСТЬЮ РАБОТНИКОВ ОРГАНИЗАЦИИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ОКАЗАНИЕ УСЛУГИ ПРИ ОБРАЩЕНИИ В ОРГАНИЗАЦИЮ (врачи, социальные работники, работники, осуществляющие экспертно-реабилитационную диагностику, преподаватели, тренеры, инструкторы, библиотекари, экскурсоводы и прочие работники)?***

1 – Да 2 - Нет

**11. *ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ЛИ ВЫ КАКИМИ-ЛИБО ДИСТАНЦИОННЫМИ СПОСОБАМИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ОРГАНИЗАЦИЕЙ (телефон, электронная почта, электронный сервис (форма для подачи электронного обращения (жалобы, предложения), получение консультации по оказываемым услугам), раздел «Часто задаваемые вопросы», анкета для опроса граждан на сайте и прочие.)?***

1 – Да 2 - Нет (переход к вопросу 13)

**12. *УДОВЛЕТВОРЕНЫ ЛИ ВЫ ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬЮ И ВЕЖЛИВОСТЬЮ РАБОТНИКОВ ОРГАНИЗАЦИИ, С КОТОРЫМИ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАЛИ В ДИСТАНЦИОННОЙ ФОРМЕ (по телефону, по электронной почте, с помощью электронных сервисов (для подачи электронного обращения (жалобы, предложения), получения консультации по оказываемым услугам) и в прочих дистанционных формах)?***

1 – Да 2 - Нет

**13. *ГОТОВЫ ЛИ ВЫ РЕКОМЕНДОВАТЬ ДАННУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ РОДСТВЕННИКАМ И ЗНАКОМЫМ (ИЛИ МОГЛИ БЫ ВЫ ЕЕ РЕКОМЕНДОВАТЬ, ЕСЛИ БЫ БЫЛА ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫБОРА ОРГАНИЗАЦИИ)?***

1 – Да 2 - Нет

**14. *УДОВЛЕТВОРЕНЫ ЛИ ВЫ ОРГАНИЗАЦИОННЫМИ УСЛОВИЯМИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ (ГРАФИКОМ РАБОТЫ ОРГАНИЗАЦИИ (подразделения, отдельных специалистов, периодичностью прихода социального работника на дом и прочие); НАВИГАЦИЕЙ ВНУТРИ ОРГАНИЗАЦИИ (наличие информационных табличек, указателей, сигнальных табло, инфоматов и прочие)?***

1 – Да 2 - Нет

**15. *УДОВЛЕТВОРЕНЫ ЛИ ВЫ В ЦЕЛОМ УСЛОВИЯМИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ В ОРГАНИЗАЦИИ?***

1 – Да 2 - Нет

**16. *ВАШИ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ УСЛОВИЙ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ В ДАННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ\_\_\_\_***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СООБЩИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НЕКОТОРЫЕ СВЕДЕНИЯ О СЕБЕ:**

**17. *ВАШ ПОЛ:*** 1 –Мужской 2 – Женский

**18. *ВАШ ВОЗРАСТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(укажите сколько Вам полных лет)***

**Благодарим Вас за участие в опросе!**

Заполняется организатором опроса или анкетером.

Муниципальное социальное учреждение «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей» Трехгорный городской округ

1. Для получателей услуг организаций в сфере охраны здоровья, социального обслуживания и федеральных учреждений медико-социальной экспертизы. [↑](#footnote-ref-2)