**АНКЕТА**

**проведения индивидуальной оценки качества предоставления услуг   
получателям социальных услуг и оценка работы социального работника   
в форме социального обслуживания на дому**

1. Ф.И.О получателя социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

2. Адрес и номер телефона получателя социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

3. Ф.И.О социального работника, номер отделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

4. Номер и дата договора о предоставлении социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5. Период предоставления социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Оценка качества предоставляемых социальных услуг   
и работа социального работника:**

1. Удовлетворены ли Вы открытостью и доступностью информации о деятельности организации, о действующем законодательстве в сфере социального обслуживания (размещенной на информационных стендах в помещении организации,   
на официальном сайте организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»)?

* а) Да
* б) Нет
* в) Слабо информирован

2. Удовлетворены ли Вы своевременностью предоставления социальных услуг социальным работником (время ожидания предоставления услуг, комфортность)?

* а) Да
* б) Нет
* в) Не совсем

3. Удовлетворены ли Вы доброжелательностью, вежливостью, уважительным отношением, компетенцией социального работника?

* а) Да
* б) Нет
* в) Не совсем

4. Имеются ли трудности при получении социальных услуг (график посещения социальным работником, время оказания социальных услуг)?

* а) Да
* б) Нет
* в) Не совсем

5. Удовлетворены ли Вы качеством предоставляемых социальных услуг?

* а) Да
* б) Нет
* в) Затрудняюсь ответить

6. Удовлетворены ли Вы качеством предоставляемых социальных услуг сверх перечня?

* а) Да
* б) Нет
* в) Затрудняюсь ответить

7. Изменилось ли положительно качество Вашей жизни после получения социальных услуг в учреждении?

* а) Да
* б) Нет
* в) Не знаю

8. Рекомендовали бы Вы наше учреждение родственникам и знакомым, нуждающимся в предоставлении социальных услуг на дому?

* а) Да
* б) Нет
* в) Не знаю

9. Ваши предложения по улучшению условий оказания услуг в данной организации:

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

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись получателя социальных услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание:

*Анкета заполняется один раз в полугодие и предоставляется социальным работником заведующему отделением в срок до 3 числа месяца, следующего за отчетным периодом.*