**АНКЕТА**

**проведение индивидуальной оценки качества предоставления социальных услуг получателям социальных услуг в форме социального обслуживания на дому**

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

            2.\*Адрес, тел. получателя социальных  услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

            3.\* Ф.И.О. социального работника, отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Оцените качество предоставляемых социальных услуг:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вопрос | Неудовлетво  рительно | Удовлетво  рительно | Хорошо | Отлично |
| Как Вы оцениваете качество  предоставленных Вам социальных  услуг? |  |  |  |  |
| Как Вы оцениваете качество предоставляемых Вам дополнительных социальных услуг |  |  |  |  |
| Как Вы оцениваете работу  социального работника? |  |  |  |  |

**Оцените работу социального работника:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вопрос** | Да | Скорее да,        чем нет | Скорее нет,          чем да | Нет |
| Удовлетворены ли Вы уровнем исполнения должностных обязанностей социального работника? |  |  |  |  |
| Удовлетворены ли Вы своевременностью предоставления социальных услуг  социальным работником? |  |  |  |  |
| Удовлетворены ли Вы доступностью информации о действующем законодательстве в сфере социального обслуживания? |  |  |  |  |

Пожелания по улучшению качества социального обслуживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_             Подпись получателя социальных услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  \*Пункты заполняются сотрудником учреждения