Утверждено

приказом директора

МКУ КЦСОН

№ 85 от «29»декабря 2015 г.

**Анкета**

**для проведения мониторинга качества, предоставляемых отделением социального обслуживания на дому МКУ КЦСОН**

**социальных услуг**

1. Ф.И.О. Клиента и год рождения   
 1. Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 2. Год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Адрес клиента и категория

1.Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 2.Категория\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 3. Пол   
 Мужской

Женский   
  
4. Возраст   
 1. 40-50   
 2. 51-60   
 3. 61-70   
 4. 71-80   
 5. 81-90   
 6. 90 и более   
  
5. Периодичность посещения социальным работником в неделю   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_раз.   
  
6. Количество времени, затрачиваемое социальным работником на оказание помощи клиенту за одно посещение   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_часов.   
  
7. На какой основе обслуживается клиент   
 1. Полной 2. Частичной .3. Бесплатной   
  
8. Социальные услуги, являющиеся наиболее востребованными для клиента   
 1. Покупка и доставка на дом продуктов питания   
 2. Покупка и доставка на дом промышленных товаров первой необходимости   
 3. Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг   
 4. Содействие в обеспечении по заключению врачей лекарственными средствами   
 5. Помощь в оформлении документов   
 6. Оказание помощи по вопросам пенсионного обеспечения и предоставления других социальных выплат.   
 7. Другие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
9. Количество социальных услуг, используемых клиентом за месяц   
1. до 30

2. от 30 до 40   
3. от 40 и более   
  
10. Как клиент оценивает качество обслуживания социальным работником   
 1. Отлично   
 2. Хорошо   
 3. Удовлетворительно   
 4. Неудовлетворительно   
Можно указать причины \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Получает ли клиент дополнительные платные услуги от МКУ КЦСОН?   
 1. Да   
 2. Нет (нет необходимости в дополнительных платных услугах)   
 3. Нет (дополнительные услуги оказывает другое лицо)   
  
12. Как часто за последние три месяца клиент получал дополнительные платные услуги?   
 1. Раз в неделю или чаще   
 2. Два раза в месяц

3. Раз в месяц   
 4. Один-два раза за все три месяца   
  
13. Какие дополнительные платные услуги оказывались чаще всего?   
 1. Влажная уборка полов.   
 2. Чистка раковин на кухне и в ванной комнате, чистка ванной и унитаза.   
 3. Мытье окон   
 4. Сопровождение на прогулку

5. Услуги сиделки (оказание необходимой помощи и уход за ограниченным в движении человеком)   
 6. Другие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
14. Источники информации о работе МКУ КЦСОН   
 1. Из СМИ   
 2. От врача-терапевта

3. От социального работника   
 4. Через Совет Ветеранов   
 5. Другие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
15. Степень самообслуживания клиента   
 1. Полная   
 2. Частичная   
 3. Отсутствует   
  
16. Удовлетворены ли вы графиком работы социального работника

1.Да   
 2.Нет   
 3. Ваши предложения   
  
17. Удовлетворены ли вы культурой обслуживания (вежливостью) соц. работника?   
 1. Да   
 2. Нет   
 3. Ваши предложения   
  
18. Располагаете ли вы достаточной информацией о соц. услугах, предоставляемых учреждением соц. обслуживания   
 1. Да   
 2. Нет   
 3. Ваши предложения   
  
19. Учитываются ли ваши индивидуальные потребности и запросы в обслуживании, в услуге?   
 1. Да   
 2. Нет   
 3. Ваши предложения

Дата Подпись респондента