**Ваш пол:**

**1. Мужской 2. Женский**

**Ваш возраст:**

**1. до 18 лет 2. 18-30 лет 3. 31-45 лет 4. 46-60 лет 5. Старше 60 лет**

**1.** ИМЕЕТСЯ ЛИ ИНФОРМАЦИЯ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ (В ТОМ ЧИСЛЕ О ПЕРЕЧНЕ, ПОРЯДКЕ И УСЛОВИЯХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, ТАРИФАХ НА СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ) **НА ИНФОРМАЦИОННЫХ СТЕНДАХ В ПОМЕЩЕНИЯХ ОРГАНИЗАЦИИ, РАЗМЕЩЕНИЕ ЕЕ В БРОШЮРАХ, БУКЛЕТАХ**?

1. Да 2. Нет

**2. ПРИ ОБРАЩЕНИИ В ОРГАНИЗАЦИЮ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВЫ СРАЗУ ПОЛУЧИЛИ ИНФОРМАЦИЮ?**

1. Да 2. Нет

**3. КАКИМ СПОСОБОМ ВЫ ОБРАТИЛИСЬ В ВЫБРАННУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ?**

1. По телефону 2. По электронной почте или с использованием сети Интернет 3. Другим способом

**4. ПРЕДСТАВЛЕНА ЛИ ИНФОРМАЦИЯ О ПОРЯДКЕ ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В ОБЩЕДОСТУПНЫХ МЕСТАХ НА ИНФОРМАЦИОННЫХ СТЕНДАХ В ОРГАНИЗАЦИИ?**

1. Да, представлена в полном объеме 2. Да, но частично 3. Нет, не представлена 4. Затрудняюсь ответить

**5. УДОВЛЕТВОРЕНЫ ЛИ ВЫ КАЧЕСТВОМ, ПОЛНОТОЙ И ДОСТУПНОСТЬЮ ИНФОРМАЦИИ (ПРИ ЛИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ, ПО ТЕЛЕФОНУ, НА ОФИЦИАЛЬНОМ САЙТЕ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ) О РАБОТЕ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ О ПЕРЕЧНЕ И ПОРЯДКЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ?**

1. Да, полностью удовлетворен 2. Да, скорее удовлетворен 3. Нет, скорее не удовлетворен 4. Нет, полностью не удовлетворен

**6.** НА ВАШ ВЗГЛЯД, ОБОРУДОВАНА ЛИ **ТЕРРИТОРИЯ, ПРИЛЕГАЮЩЕЙ К ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**, С УЧЕТОМ ТРЕБОВАНИЙ ДОСТУПНОСТИ **ДЛЯ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ**?

1. Да, полностью оборудована 2. Да, но частично 3. Нет, не оборудована 4. Затрудняюсь ответить

**7.** ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, ОБОРУДОВАНЫ ЛИ **ВХОДНЫЕ ЗОНЫ** ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ?

1. Да, полностью оборудованы 2. Да, но частично 3. Нет, не оборудованы 4. Затрудняюсь ответить

**8. ИМЕЕТСЯ ЛИ В НАЛИЧИИ У ВЫБРАННОЙ ВАМИ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛЬНО ОБОРУДОВАННОЕ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ПОМЕЩЕНИЕ?**

1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

**9. ИМЕЮТСЯ ЛИ В НАЛИЧИИ В ПОМЕЩЕНИЯХ У ВЫБРАННОЙ ВАМИ ОРГАНИЗАЦИИ ВИДЕО, АУДИО ИНФОРМАТОРЫ ДЛЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ СЛУХА И ЗРЕНИЯ?**

1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

**10. УДОВЛЕТВОРЕНЫ ЛИ ВЫ ДОСТУПНОСТЬЮ УСЛОВИЙ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ В ВЫБРАННОЙ ВАМИ ОРГАНИЗАЦИИ?**

1. Да, полностью удовлетворен 2. Да, скорее удовлетворен 3. Нет, скорее не удовлетворен 4. Нет, полностью не удовлетворен

**11.** ИМЕЕТСЯ ЛИ В НАЛИЧИИ **ОБОРУДОВАННЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В СООТВЕТСТВИИ С ПЕРЕЧНЕМ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В ВЫБРАННОЙ ВАМИ ОРГАНИЗАЦИИ?

1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

**12. ОЦЕНИТЕ ПО ДЕСЯТИБАЛЛЬНОЙ ШКАЛЕ УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**13. КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ БЛАГОУСТРОЙСТВО И СОДЕРЖАНИЕ ПОМЕЩЕНИЙ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ТЕРРИТОРИИ, НА КОТОРОЙ ОНА РАСПОЛОЖЕНА?**

1. Отличное 2. Хорошее 3. Удовлетворительное 4. Плохое 5. Ужасное

**14. ОЦЕНИТЕ ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬ, ВЕЖЛИВОСТЬ И КОМПЕТЕНТНОСТЬ РАБОТНИКОВ ОРГАНИЗАЦИИ:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Отлично | Хорошо | Удовлетворительно | Плохо | Ужасно |
| доброжелательность, вежливость и внимательность |  |  |  |  |  |
| компетентность работников  |  |  |  |  |  |
| квалификация работников по профилю  |  |  |  |  |  |

**15. КАК ИЗМЕНИЛОСЬ КАЧЕСТВО ВАШЕЙ ЖИЗНИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОЛУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В ОРГАНИЗАЦИИ?**

1. Полностью улучшилось 2. Скорее улучшилось 3. Скорее ухудшилось 4. Полностью ухудшилось 5. Не изменилось

**16. УДОВЛЕТВОРЕНЫ ЛИ ВЫ СЛЕДУЮЩИМИ УСЛОВИЯМИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Удовлетворен полностью | Скорее удовлетворен | Скорее НЕ удовлетворен | Полностью не удовлетворен |
| жилым помещением |  |  |  |  |
| наличием оборудования для предоставления соцуслуг |  |  |  |  |
| питанием |  |  |  |  |
| мебелью, мягким инвентарем |  |  |  |  |
| предоставлением соц-быт, парикмахерских и гигиен услуг |  |  |  |  |
| хранением личных вещей |  |  |  |  |
| оборудованным для инвалидов сан-гигиен помещением |  |  |  |  |
| санитарным содержанием сан-технического оборудования  |  |  |  |  |
| порядком оплаты социальных услуг |  |  |  |  |
| конфиденциальностью предоставления социальных услуг |  |  |  |  |
| графиком посещений родственниками в организации  |  |  |  |  |
| оперативностью решения вопросов |  |  |  |  |

**17. УДОВЛЕТВОРЕНЫ ЛИ ВЫ КАЧЕСТВОМ ПРОВОДИМЫХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ И ДОСУГОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, В ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ?**

1. Да, полностью удовлетворен 2. Да, скорее удовлетворен 3. Нет, скорее не удовлетворен 4. Нет, полностью не удовлетворен

**18. ГОТОВЫ ЛИ ВЫ РЕКОМЕНДОВАТЬ ОРГАНИЗАЦИЮ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ РОДСТВЕННИКАМ И ЗНАКОМЫМ, НУЖДАЮЩИМСЯ В СОЦИАЛЬНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ?**

1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить