

แบบประเมินผลการให้บริการตามประกาศตามกระทรวงการพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์ (8) (9) (10)

ชื่อหน่วยงาน

วันที่กรอกแบบสอบถาม เดือน พ.ศ.

1. ชื่อผู้สูงอายุ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี

2. ที่อยู่บ้านเลขที่ หมู่ ตรอก/ซอย ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์

3. อาชีพ

- () ค้าขาย () รับจ้าง () แม่บ้าน () เกษตรกรรม
() ไม่ได้ทำงาน () อื่นๆ (ระบุ)

4. รายได้ บาท/เดือน

5. ท่านเคยได้รับเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุจากหน่วยงานใดบ้าง (ตอบตามความเป็นจริง)

- () เคย ชื่อหน่วยงาน
() ไม่เคย

6. หลังเข้ารับบริการเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ท่านได้รับความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด

- () มาก () ปานกลาง () น้อย

7. ท่านมีความไม่พึงพอใจในเรื่องใด

- () วงเงินให้การช่วยเหลือ อย่างไร (โปรดระบุ)
() กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ อย่างไร (โปรดระบุ)
() เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ อย่างไร (โปรดระบุ)
() ด้านคุณภาพการให้บริการ อย่างไร (โปรดระบุ)

8. ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....

..... ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือค่ะ

A4