

**Анкета**  
**для опроса получателей социальных услуг (их законных представителей)**  
**о качестве условий их оказания поставщиками социальных услуг**

(разработана в соответствии с приказом Минтруда России от 30 октября 2018 г. № 675н «Об утверждении Методики выявления и обобщения мнения граждан о качестве условий оказания услуг организациями в сфере культуры, охраны здоровья, образования, социального обслуживания и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы»)

**Уважаемый участник опроса!**

Опрос проводится в целях выявления мнения граждан о качестве условий оказания услуг организациями социального обслуживания.

Пожалуйста, ответьте на вопросы анкеты. Ваше мнение позволит улучшить работу организаций социального обслуживания и повысить качество оказания услуг населению.

Опрос проводится анонимно. Ваши фамилия, имя, отчество, контактные телефоны указывать необязательно.

Конфиденциальность высказанного Вами мнения о качестве условий оказания услуг организациями социальной сферы гарантируется.

**Укажите название организации социального обслуживания, в которой Вы являлись (являетесь) получателем услуг (напишите)** (Обязательно для заполнения)

---

**1. При посещении организации обращались ли Вы к информации о ее деятельности, размещенной на информационных стендах в помещениях организации?** (Обязательно для заполнения)

Да

Нет, так как \_\_\_\_\_

**2. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности организации, размещенной на информационных стендах в помещении организации?** (Обязательно для заполнения)

Да

Нет, так как \_\_\_\_\_

**3. Пользовались ли Вы официальным сайтом организации, чтобы получить информацию о ее деятельности?** (Обязательно для заполнения)

Да

Нет, так как \_\_\_\_\_

**4. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности организации, размещенной на ее официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»?** (Обязательно для заполнения)

Да

Нет, так как \_\_\_\_\_

**5. Своевременно ли Вам была предоставлена услуга в организации, в которую Вы обратились (со сроками, установленными индивидуальной программой предоставления социальных услуг, и прочее) ?** (Обязательно для заполнения)

Да (услуга предоставлена своевременно или ранее установленного срока)

Нет (услуга предоставлена с опозданием), так как \_\_\_\_\_

**6. Удовлетворены ли Вы комфортностью условий предоставления услуг в организации (наличие комфортной зоны отдыха (ожидания); наличие и понятность навигации в помещении организации; наличие и доступность питьевой воды в помещении организации; наличие и доступность санитарно-гигиенических помещений в организации; удовлетворительное санитарное состояние помещений организации; транспортная доступность организации (наличие общественного транспорта, парковки); доступность записи на получение услуги (по телефону, на официальном сайте организации, посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг, при личном посещении в регистратуре или у специалиста организации) и прочие условия) ?** (Обязательно для заполнения)

Да

Нет, так как \_\_\_\_\_

**7. Удовлетворены ли Вы доступностью предоставления услуг для инвалидов в организации?** (Обязательно для заполнения)

Да

Нет, так как \_\_\_\_\_

**8. Удовлетворены ли Вы доброжелательностью и вежливостью работников организации, обеспечивающих первичный контакт с посетителями и информирование об услугах при непосредственном обращении в организацию (работники регистратуры, справочной, приемного отделения, кассы, приемной комиссии и прочие работники) ?** (Обязательно для заполнения)

Да

Нет, так как \_\_\_\_\_

**9. Удовлетворены ли Вы доброжелательностью и вежливостью работников организации, обеспечивающих непосредственное оказание услуги при обращении в организацию (врачи, социальные работники, работники, осуществляющие экспертно-реабилитационную диагностику, преподаватели, тренеры, инструкторы и прочие работники) ? (Обязательно для заполнения)**

Да

Нет, так как \_\_\_\_\_

**10. Пользовались ли Вы какими-либо дистанционными способами взаимодействия с организацией (телефон, электронная почта, электронный сервис (форма для подачи электронного обращения (жалобы, предложения), получение консультации по оказываемым услугам), раздел «Часто задаваемые вопросы», анкета для опроса граждан на сайте и прочие) ? (Обязательно для заполнения)**

Да

Нет, так как \_\_\_\_\_

**11. Удовлетворены ли Вы доброжелательностью и вежливостью работников организации, с которыми взаимодействовали в дистанционной форме (по телефону, по электронной почте, с помощью электронных сервисов (для подачи электронного обращения (жалобы, предложения), получения консультации по оказываемым услугам) и в прочих дистанционных формах) ? (Обязательно для заполнения)**

Да

Нет, так как \_\_\_\_\_

**12. Готовы ли Вы рекомендовать данную организацию родственникам и знакомым (или могли бы Вы ее рекомендовать, если бы была возможность выбора организации)? (Обязательно для заполнения)**

Да

Нет, так как \_\_\_\_\_

**13. Удовлетворены ли Вы организационными условиями предоставления услуг (графиком работы организации (отделения, отдельных специалистов, периодичностью прихода социального работника на дом и прочие); навигацией внутри организации (наличие информационных табличек, указателей, сигнальных табло, информатов (информационных киосков, информационных терминалов и др.) ? (Обязательно для заполнения)**

Да

Нет, так как \_\_\_\_\_

**14. Удовлетворены ли Вы в целом условиями оказания услуг в организации? (Обязательно для заполнения)**

Да

Нет, так как \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Сообщите, пожалуйста, некоторые сведения о себе:**

**16. Ваш пол**

Мужской

Женский

**17. Ваш возраст**

укажите сколько Вам полных лет: \_\_\_\_\_

**18. Укажите к какой группе Вы относитесь? (возможно несколько вариантов ответа) (Обязательно для заполнения)**

Пожилые граждане

Семья, имеющая детей с ограниченными возможностями здоровья

Семья, имеющая ребенка-инвалида

Семья, имеющая на попечении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

Инвалиды

Молодые инвалиды

Иная категория (укажите какая именно)

**19. Укажите форму социального обслуживания, при которой была получена услуга: (Обязательно для заполнения)**

Полустационарная форма социального обслуживания

Стационарная форма социального обслуживания

Социальное обслуживания на дому