**Załącznik nr 8**

**Ankieta – ewaluacja usług społecznych**

**Szanowni Państwo,**

prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety - ewaluacyjnej na zakończenie korzystania z usług/i społecznej. Celem ankiety jest zbadanie jakości świadczonych usług. Każda wyrażona Państwa opinia, przyczyni się do rozwijania i podnoszenia jakości świadczonych przez CUS w Kluczach usług społecznych.

**Za poświęcony czas dziękujemy**

**Zespół Centrum Usług Społecznych w Kluczach**

1. **Rodzaj usługi, z której skorzystano:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa usługi** |  | **Data rozpoczęcia udziału w usłudze** | **Data zakończenia udziału w usłudze** |
| „Zagospodarowanie czasu wolnego dzieciom, w tym dzieciom z niepełnosprawnościami w wieku od 6 r.ż. do 12 r.ż. w formie zajęć rekreacyjnych, rozwijających zainteresowania w okresie wakacyjnym”. | **□** |  |  |

1. **Czy zawarto z Panią/ Panem Indywidualny Plan Usług Społecznych?**

□ TAK □ NIE □ NIE DOTYCZY

1. **Proszę ocenić czy usługa spełniła Pani/ Pana oczekiwania?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| nie spełniła | częściowo spełniła | spełniła wystarczająco | spełniła | całkowicie spełniła |

1. **Czy skorzystałaby/ skorzystałby Pani/ Pan ponownie z usługi?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| Zdecydowanie nie | nie | nie mam zdania | tak | zdecydowanie tak |

1. **Czy poleciłaby/ poleciłby Pani/ Pan usługę znajomemu lub osobie potrzebującej?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| Zdecydowanie nie | nie | nie mam zdania | tak | zdecydowanie tak |

1. **Czy usługa została zrealizowane zgodnie z harmonogramem?**

□ TAK □ NIE

1. **Czy termin realizacji usługi były dostosowane do Pana/ Pani potrzeb?**

□ TAK □ NIE

1. **Jak ocenia Pan/ Pani przygotowanie prowadzących?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| bardzo źle | źle | średnio | dobrze | bardzo dobrze |

1. **Jak ocenia Pan/ Pani sposób realizacji usługi?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| bardzo słabo | słabo | przeciętnie | dobrze | bardzo dobrze |

1. **Czy usługa była dostępna dla osób z niepełnosprawnością?**

□ TAK □ NIE □ NIE WIEM

1. **Czy wśród dostępnych usług społecznych były takie usługi społeczne z których chciałaby /chciałby Pani/Pan skorzystać ale nie było takiej możliwości z powodu braku miejsc?**

□ TAK □ NIE □ NIE WIEM

**Jeśli tak proszę wskazać usługę społeczną………………………………………………………………………**

1. **Czy zna Pan/ Pani osoby, które chciały skorzystać z usługi społecznej, a nie miały już możliwości z powodu braku miejsc?**

**□** Tak. Ile osób nie skorzystało z usługi? ………………………………………………..

**□** Nie

1. **Czy proces rekrutacji (w tym regulaminy, procedury i formularze do wypełnienia ) był dla Pana/ Pani jasny i zrozumiały?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| Miałem duże trudności | miałem trudności | miałem drobne trudności | nie miałem trudności | wszystko było jasne i czytelne |

Jeśli występowały trudności proszę o wskazanie na czym one polegały…….....………………………….…………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………….………………………………………

**Płeć** □ kobieta □ mężczyzna

**Wykształcenie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **□** | **□** | **□** | **□** | **□** | **□** |
| niższe niż podstawowe | podstawowe | gimnazjalne | ponadgimnazjalne | policealne | wyższe |

**Miejsce zamieszkania**

□ Klucze □ pozostałe miejscowości gminy

**Osoba z niepełnosprawnością**

□ TAK □ NIE

**Sytuacja rodzinna**

□ jednoosobowe gospodarstwo domowe □ osoba w rodzinie