

**USŁUGI WSPARCIA DLA RODZIN (FAMILY SUPPORT SERVICES –
FSS) – BADANIE SATYSFAKCJI
Aktualizacja 4/20/22**

TYLKO DO UŻYTKU AGENCJI: WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL AGENCJI	
Agencja świadcząca usługi:	Hrabstwo:
Pracownicy świadczący Usługi:	
Świadczone/e usługa/i:	
Opis Usługi/Programu Rok:	

Jak ogólnie oceniliby Państwo wyżej wymienione Programy/Usługi w ramach programu Usług Wsparcia dla Rodziny? Prosimy zaznaczyć odpowiednie pola.

1. Jak oceniliby Państwo ogólną jakość programów/usług?
 Doskonała Bardzo dobra Dobra Dostateczna Zła
2. Czy programy/usługi zaspokoiły Państwa potrzeby/czy zamierzone cele zostały osiągnięte?
 Tak Nie
3. Jak oceniają Państwo efektywność pracy pracowników świadczących usługi w ramach programu?
 Doskonała Bardzo dobra Dobra Dostateczna Zła
4. Czy wiedzą Państwo, do kogo w agencji można się zwrócić w razie pytań lub wątpliwości?
 Tak Nie
5. Czy pracownicy reagowali na wszelkie pytania i wątpliwości, jakie zgłaszali Państwo w związku z programami/usługami?
 Zawsze/Zwykle Czasami Rzadko/Nigdy Nie dotyczy
6. Jakie są pozytywne aspekty programu/usługi? Prosimy zaznaczyć wszystkie opcje, które Państwa zdaniem właściwie wyrażają Państwa opinię.
 Łatwość zastosowania rozwiązań
 Terminowość usług
 Jakość zarządzania w ramach programu
 Pracownicy są odpowiednio przeszkoleni; są w stanie zaspokoić potrzeby członka rodziny będącego odbiorcą usług
 Uwzględnianie przez pracowników potrzeb członka mojej rodziny będącego odbiorcą usług

- Czystość utrzymywana w ramach programu
 - Dobra komunikacja
 - Terminowość reakcji na zapytania, zgłoszenia, wątpliwości, sytuacje związane z refundacjami itp.
 - Program był dobrze dopasowany do potrzeb i oczekiwań mojej rodziny
 - Odpowiednia liczba pracowników
 - Jakość programu jako takiego
 - Czas/miejsce świadczenia usług (dostęp do usług)
 - Inne
-
-

7. W jaki sposób można byłoby ulepszyć programy/usługi? Prosimy zaznaczyć wszystkie opcje, które właściwie wyrażają Państwa opinię.

- Łatwość zastosowania rozwiązań
 - Terminowość usług
 - Jakość zarządzania w ramach programu
 - Pracownicy są odpowiednio przeszkoleni; są w stanie zaspokoić potrzeby członka rodziny będącego odbiorcą usług
 - Uwzględnienie przez pracowników potrzeb członka mojej rodziny będącego odbiorcą usług
 - Czystość utrzymywana w ramach programu
 - Dobra komunikacja
 - Terminowość reakcji na zapytania, zgłoszenia, wątpliwości, sytuacje związane z refundacjami itp.
 - Program był dobrze dopasowany do potrzeb i oczekiwań mojej rodziny
 - Odpowiednia liczba pracowników
 - Jakość programu jako takiego
 - Czas/miejsce świadczenia usług (dostęp do usług)
 - Inne
-
-

8. Tutaj prosimy wpisać wszelkie dodatkowe uwagi dotyczące programów/usług (opcjonalnie):
