



ANKIETA BADANIA ZADOWOLENIA KLIENTA

Szanowni Państwo, ankietę kierujemy do klientów Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie- Koźlu z prośbą o ocenę naszej pracy. Zebrane informacje pozwolą poprawić jakość obsługi klientów. Ankieta jest anonimowa, a każda informacja będzie dla nas istotna. Wypełniając ankietę należy zakreślić kwadraty przy wybranych odpowiedziach, a następnie wrzucić ją do „Skrzynki klienta”.

Ankieta dostępna jest także na stronie internetowej www.mops-kkozle.pl

1. Powód, dla którego zwrócił/a się Pan/i do MOPS:

- a) Uzyskanie informacji
- b) Uzyskanie porady
- c) Uzyskanie pomocy finansowej
- d) Uzyskanie pomocy niefinansowej
- e) Inne

2. Z jakiej dziedziny Pan/i korzysta (korzystał/a)?

- a) Pomoc społeczna
- b) Świadczenia rodzinne
- c) Fundusz alimentacyjny
- d) Innej

3. Czy często korzysta Pan/i z tej pomocy?

- a) Zdecydowanie często
- b) Raczej często
- c) Zdecydowanie rzadko

- d) Raczej rzadko
- e) Trudno powiedzieć

4. Czy i jakie trudności spotkał/a Pan/i podczas załatwiania swojej sprawy?

- a) Nie spotkałem/łam się z trudnościami
- b) Zostałem/łam skierowany/a do niewłaściwej osoby
- c) Nie uzyskałem/łam wyczerpującej informacji
- d) Inne (jakie?)

5. Czy informacje przekazane przez pracownika MOPS dotyczące załatwienia sprawy były wystarczające?

- a) Tak
- b) Nie

6. Czy informacje zawarte na stronie podmiotowej internetowego Biuletynu Informacji Publicznej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej są wystarczające do załatwienia sprawy w Ośrodku?

- a) Tak
- b) Nie
- c) Nie korzystam

7. Jak Pan/ Pani ocenia sposób wykonywania swoich obowiązków przez obsługującego Pana/ Panią pracownika MOPS? (liczba 1 oznacza najniższą ocenę, liczba 5 oznacza najwyższą ocenę)

- | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Kompetencje i fachowość | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b) Bezstronność, bezinteresowność | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Zgodność działań z obowiązującymi przepisami | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Sprawność, rzetelność | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Dostęp do informacji o sposobie załatwienia sprawy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Czy był(a) Pan/ Pani zadowolona ze sposobu załatwienia sprawy w ośrodku?

- a) Tak
- b) Nie

(proszę uzasadnić dlaczego)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Jaka jest Pana/Pani ogólna ocena pracy Ośrodka?

- a) Bardzo dobra
- b) Dobra
- c) Dostateczna
- d) Niesatysfakcjonująca

10. Co Pana/i zdaniem należy poprawić w pracy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu?

.....

.....

.....

.....

.....

.....