**Рабочая карта № 4**

**для проведения опроса граждан**

Наименование организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и время проведения опроса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ аудиозаписи опроса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО эксперта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Укажите к какой группе Вы относитесь?**
* Пожилые граждане
* Семья, имеющая в своем составе детей с ограниченными умственными и физическими возможностями, ребенка-инвалида
* Семья, имеющая на попечении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей
* Семья, находящаяся в социально опасном положении
* Инвалиды
* Молодые инвалиды
* Иная категория (укажите какая именно) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Укажите форму, при которой была получена услуга:**
* стационарная
* вне станционарная
1. **При посещении организации обращались ли Вы к информации о ее деятельности, размещенной на информационных стендах в помещениях организации?**
* да
* нет (переход к вопросу 5)
1. **Удовлетворяет ли Вас открытость, полнота и доступность информации
о деятельности организации, которая размещена на информационных стендах в организации?**
* да
* нет, так как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Пользовались ли Вы официальным сайтом организации, чтобы получить информацию о ее деятельности?**
* да
* нет (переход к вопросу 7)
1. **Удовлетворяет ли Вас открытость, полнота и доступность информации
о деятельности организации, которая размещена на официальном сайте организации?**
* да
* нет, так как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Удовлетворяют ли Вас следующие условия комфортности предоставления услуг в организации?** *(при положительном ответе записать – да; при отрицательном ответе, указать причины неудовлетворенности)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Условия предоставления услуги:** | **Результат (да, нет)** |
| наличие комфортной зоны отдыха (ожидания), оборудованной соответствующей мебелью |  |
| наличие и понятность навигации внутри организации (учреждения) |  |
| доступность питьевой воды |  |
| наличие и доступность санитарно-гигиенических помещений |  |
| санитарное состояние помещений организаций |  |
| наличие парковки на прилегающей территории организации (учреждения) |  |
| доступность записи на получение услуги по телефону |  |
| доступность записи на получение услуги на официальном сайте организации (учреждения) |  |
| доступность записи на получение услуги посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг |  |
| доступность записи на получение услуги при личном посещении  |  |

1. **Оцените своевременность оказания услуги**
* своевременно
* не своевременно, так как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Имеете ли Вы (или лицо, представителем которого Вы являетесь) установленную группу инвалидности?**
* да
* нет (переход к вопросу 11)
1. **Удовлетворяют ли Вас следующие условия доступности предоставления услуг для инвалидов в организации*?*** *(при положительном ответе записать – да; при отрицательном ответе, указать причины неудовлетворенности)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Условия доступности услуг для инвалидов:** | **Результат (да, нет)** |
| наличие дублирования для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации |  |
| наличие дублирования надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля |  |
| наличие возможности предоставления инвалидам по слуху (слуху и зрению) услуг сурдопереводчика (тифлосурдопереводчика) |  |
| наличие альтернативной версии официального сайта организации для инвалидов по зрению |  |
| наличие помощи, оказываемой работниками организации по сопровождению инвалидов в помещениях организации и на прилегающей территории |  |
| наличие возможности предоставления услуги в дистанционном режиме или на дому |  |

1. **Удовлетворены ли Вы** **доброжелательностью, вежливостью работников организации при первичном обращении в организацию**
* да
* нет, так как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Удовлетворены ли Вы** **доброжелательностью, вежливостью работников организации, непосредственно оказывающих услуги**
* да
* нет, так как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **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.)?**
* да
* нет (переход к вопросу 15)
1. **Удовлетворены ли Вы доброжелательностью, вежливостью работников организации при дистанционном обращении в организацию?** *(при положительном ответе записать – да; при отрицательном ответе, указать причины неудовлетворенности)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Дистанционные способы обращения:** | **Результат (да, нет)** |
| по телефону |  |
| по электронной почте |  |
| с помощью электронных сервисов («Вопрос-ответ», «Интернет-приемная» и др.) |  |
| онлайн-консультация по оказываемым услугам |  |

1. **Посоветуете ли Вы своим родственникам и знакомым обратиться
в данную организацию за получением услуг?**
* да
* нет, так как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Удовлетворены Выорганизационными условиями оказания услуг – графиком работы организации (подразделения, отдельных специалистов), навигацией внутри организации?**
* да
* нет, так как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Удовлетворены Вы в целом условиями оказания услуг в организации*?***
* да
* нет, так как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ваши предложения, пожелания по улучшению качества условий предоставляемых услуг:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_