Приложение № 7

к Перечню анкет, используемых для опроса

АНКЕТА
ПОЛУЧАТЕЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ В УПРАВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

(форма – УСЗН)

В рамках **Декады качества − 2025** предоставления государственных услуг в сфере социальной поддержки просим Вас принять участие в опросе и оценить работу территориального отделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мы высоко ценим Ваше мнение и обязательно учтем его в своей дальнейшей работе!

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол:  М  Ж

Отметьте выбранный Вами ответ любым удобным для Вас знаком.

1. **К какой категории граждан Вы относитесь? (можно отметить несколько вариантов)**

|  |  |
| --- | --- |
|  семья с детьми (1–2 ребенка) |  многодетная семья |
|  пенсионер |  инвалид |
|  трудоспособный гражданин |  семья с ребенком-инвалидом |

1. **Откуда чаще всего Вы получаете информацию об услугах и мерах социальной поддержки? (можно отметить несколько вариантов)**

|  |  |
| --- | --- |
|  управление социальной защиты населения |  радио |
|  учреждения социального обслуживания |  телевидение |
|  многофункциональный центр |  газеты, журналы |
|  родные, знакомые, соседи |  интернет |
|  учреждения других ведомств (здравоохранения, образования и т.д.) |  другое |

1. **Пользуетесь ли Вы возможностью записи на прием через сайт министерства социальной политики Красноярского края?**

|  |
| --- |
|  да  нет |

1. **Обращаетесь ли Вы за предоставлением мер социальной поддержки
в многофункциональный центр?**

|  |
| --- |
|  да  нет |

1. **Обращаетесь ли Вы за предоставлением мер социальной поддержки через единый портал государственных услуг?**

|  |
| --- |
|  да  нет |

1. **Как часто Вы обращаетесь в управление социальной защиты населения?**

|  |
| --- |
|  менее 1 раза в год  1–3 раза в год  более 3-х раз в год |

1. **Сколько минут Вы ожидаете в очереди?**

|  |
| --- |
|  до 15 минут  от 15 до 30 минут  более 30 минут |

1. **Сколько раз Вам пришлось обратиться к специалисту для получения одной государственной услуги?**

|  |
| --- |
|  один раз  два раза, включая консультацию и подачу документов |
|  более двух раз |

1. **Если обращались ранее, заметили ли Вы изменения в качестве предоставления услуг?**

|  |
| --- |
|  стало лучше  без изменений |
|  ранее не обращался |
|  стало хуже (в чем причина, по Вашему мнению) |
|  |

1. **Специалисты во время приема вежливы, доброжелательны
и внимательны?**

|  |
| --- |
|  да  нет |

**11. Понятна ли Вам информация, полученная от специалиста?**

|  |
| --- |
|  да  нет |

1. **Считаете ли Вы доступными условия оказания государственных услуг в управлении социальной защиты населения, в том числе
для инвалидов и других маломобильных групп граждан?**

|  |
| --- |
|  доступны  малодоступны  недоступны |

1. **Оцените качество предоставления Вам услуг при обращении
в управление социальной защиты населения либо в учреждения социального обслуживания:**

|  |
| --- |
|  удовлетворен(а)  не удовлетворен(а) |

1. **Что, по Вашему мнению, необходимо изменить в работе управления социальной защиты населения?**

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

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

Ф.И.О., телефон (заполняется по желанию) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Спасибо!**