**Szanowni Państwo,**

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety dotyczącej usług świadczonych w ramach programu **AOOzN – edycja 2025**. Celem badania jest ocena poziomu satysfakcji, identyfikacja ewentualnych trudności oraz zebranie propozycji nowych rozwiązań.

**Dziękujemy za poświęcony czas!**

**1. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z usług asystenta osobistego?**

☐ Tak   
☐ Nie

**2. Czy usługi były świadczone w sposób zgodny z ustaleniami?**

☐ Tak  
☐ Nie

**3. Jak ocenia Pan/Pani wykonanie usługi przez asystenta**

☐ Bardzo dobrze  
☐ Dobrze  
☐ Przeciętnie  
☐ Słabo  
☐ Bardzo słabo

**4. Czy asystent osobisty respektował Pana/Pani potrzeby?**

☐ Tak,   
☐ Nie  
☐ Rzadko

**5. Czy usługi asystenta pomogły w codziennym funkcjonowaniu?**

☐ W bardzo dużym stopniu  
☐ W dużym stopniu  
☐ W umiarkowanym stopniu  
☐ W niewielkim stopniu  
☐ Wcale nie pomogły

**6. Z których form wsparcia korzystał/a Pan/Pani najczęściej? (można zaznaczyć kilka)**

☐ wsparcia w czynnościach samoobsługowych w tym utrzymania higieny osobistej  
☐ wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie  
☐ wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania  
☐ wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem  
☐ Inne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. Jak ocenia Pan/Pani kontakt z pracownikami CUS?**

☐ Bardzo dobrze  
☐ Dobrze  
☐ Przeciętnie  
☐ Źle  
☐ Bardzo źle  
☐ Nie miałem/am kontaktu

**8. Jakie zmiany wprowadziłby Pan/Pani w programie? *(proszę wpisać swoje sugestie lub pozostawić puste)***

**9. Czy chciał(a)by Pan/Pani skorzystać z programu w przyszłości?**

☐ Tak  
☐ Nie  
☐ Nie wiem