

[Plats för samordningsförbundets egen logotyp. Om egen logotyp inte används tas denna textruta bort.]

您如何评价在协会获得的支持？

您参与由协调协会资助的活动。我们想知道您如何评价在协会获得的支持。

我们欢迎您的反馈！

尽量贴近实际地回答所有问题。回答问题是自愿的，如果您不想回答，不必解释为什么。您也可以提交未填写的问卷调查。将调查表放进随附信封中返还给我们。

调查表答复以匿名方式处理。这表明不会有任何一个人被识别。  
  
**有关调查表的问题和意见以及调查表是如何编制的等问题，请联系：**

**[Namn på kontaktperson]**[Kontaktpersonens funktion samt samordningsförbundets namn]电话： [telefonnummer]， 电子邮件： [e-mejladress]

**填写调查表时，您还有机会向分发调查表的人提问。**

**感谢您的参与！**

## 调查参与者 **通过调查，我们想知道您如何评价在协会获得的支持。 勾选最恰当描述您同意每个问题程度的框。 如果您不想回答或不知道问题的答案，可以跳过该问题。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **关于您：** | 女  | 男  | 不想回答/没有答案选项适合  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **从来没有** | **很少** | **有时** | **经常** | **大多数 情况下** | **总是** |
| **1** | 您得到支持的方式  对您有用吗？ |  |  |  |  |  |  |
| **2** | 您是否参与决定  你需要得到哪些支持？ |  |  |  |  |  |  |
| **3** | 援助是否满足  您所需时长？ |  |  |  |  |  |  |
| **4** | 该协会是否协助您与政府和医疗机构的联系？ |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **一点也不** | | **很少 部分** | | **一部分** | **很大  部分** | **绝大 部分** | | **完全   地** |
| **5** | 您获得的支持是否帮助您制定处理类似情况的方法？ | |  | |  |  |  |  |  | | |
| **6** | 与联系我们之前相比， 您是否觉得更愿意工作或学习？ | |  | |  |  |  |  |  | | |
| **7** | 您是否觉得协会员工参考了您的经验、知识和反馈？ | |  | |  |  |  |  |  | | |