

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

**در مورد حمایتی که در این اقدام دریافت کردید چه نظری دارید؟**

شما در اقدامی شرکت میکنید یا کرده اید, که توسط یک انجمن هماهنگی تامین مالی می شود. ما می‌خواهیم نظر شمار را درباره مفید بودن این اقدام بدانیم

**ما از نظرات شما استقبال می کنیم**

سعی کنید به تمام سوالات تا حد امکان صادقانه پاسخ دهید. پاسخ دادن به سوالات داوطلبانه است و اگر نمی خواهید پاسخ دهید، لازم نیست دلیل آن را توضیح دهید. می توانید این نظرسنجی یا هر سوالی را بدون پاسخ ارسال کنید. این نظرسنجی را در پاکت ضمیمه شده برگردانید

پاسخ های نظرسنجی به صورت ناشناس پردازش می شوند. این بدان معناست که هیچ فردی را نمی توان شناسایی کرد

**برای سوالات و نظرات در مورد پرسشنامه و نحوه گردآوری پاسخ های نظرسنجی با ما تماس بگیرید**

**[Namn på kontaktperson]**

**[Kontaktpersonens funktion samt samordningsförbundets namn]**

**Telefon: [telefonnummer]**

**E-mail: [e-mailadress]**

**در زمان پاسخگویی به نظرسنجی، شما همچنین این فرصت را دارید که از شخصی که نظرسنجی را توزیع کرده است، سوال بپرسید**

**از شما برای مشارکت تان سپاسگزاریم**

**شرکت کننده در نظرسنجی**

با این نظرسنجی، می‌خواهیم نظر شمار را درباره مفید بودن این اقدام بدانیم

چهار گوشی را علامت بزنید که به بهترین وجه میزان موافقت شما با هر سوال را توصیف می کند

اگر نمی‌خواهید پاسخ دهید یا پاسخ سوالی را نمی‌دانید، می‌توانید از آن صرف نظر کنید

درباره شما: زن ⬜ مرد ⬜ نمی خواهم پاسخ دهم / هیچ گزینه ای مناسب نیست ⬜

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **هرگز** | **به ندرت** | **گاهی** | **غالبا** | **اغلب** | **همیشه** |
| **1** | آیا حمایتی دریافت کرده اید که برای شما مفید بوده باشد ؟ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| **2** | آیا در تصمیم گیری در مورد حمایتی که دریافت می کنید/ کرده اید، شرکت کرده اید ؟ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| **3** | آیا زمان کافی در این اقدام در اختیار داشته اید ؟ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| **4a** | آیا برای تماس با **ادارات دولتی** یا خدمات بهداشتی به حمایت نیاز دارید؟ | بله ⬜  به سوال 4b بروید | | | نه ⬜  به سوال 5 بروید | | |
| **4b** | آیا این اقدام از شما در تماس با **ادارات دولتی** یا خدمات بهداشتی حمایت کرده است؟ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| **5** | آیا حمایتی که در این اقدام دریافت کردید به شما در مدیریت وضعیت زندگیتان کمک کرده است؟ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| **6** | آیا نسبت به قبل از تماس با ما آمادگی بیشتری برای کار یا تحصیل دارید؟ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| **7** | آیا احساس می کنید که پرسنل ما از تجربیات شما مانند دانش و نظرات استفاده کرده اند؟ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| **8** | آیا برنامه ریزی برای اینکه پس از پایان حمایت فعلی چه اتفاقی خواهد افتاد را شروع کرده اید؟ | بله ⬜  به سوال 9 بروید | | | نه ⬜  به سوال 10 بروید | | |
| **9** | آیا برنامه ریزی کافی برای آنچه پس از پایان این حمایت اتفاق خواهد افتاد وجود دارد؟ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |
| **10** | آیا آنچه برنامه ریزی شده است در یک زمان معقول آغاز خواهد شد؟ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ | ⬜ |

از شما برای مشارکت تان سپاسگزاریم!