

WYDZIAŁ DS. RODZIN I USŁUG POMOCY MIASTA CHICAGO

WYDZIAŁ DS. PRZEMOCY DOMOWEJ

OCENA ANKIETY DOTYCZĄCEJ USŁUG

USŁUGI PRAWNE DLA OFIAR PRZEMOCY DOMOWEJ

CZEŚĆ I: do wypełnienia przez PERSONEL

IDENTYFIKATOR ANKIETY

19			
(rok)	(4-cyfrowy kod instytucji)	(1-cyfrowy kod programu)	(5-cyfrowy numer klienta)
DZISIEJSZA DATA			

CZEŚĆ II: do wypełnienia przez UCZESTNIKA

Proszę zaznaczyć pola opisujące odczucia.

	Nie dotyczy	Zdecydowanie się zgadzam	Nie zgadzam się	Nie wiem	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam
A. Co Pan(i) myśli o zaoferowanych opcjach:						
1. Uzyskałem(-am) pomoc w znalezieniu wielu sposobów zwiększenia bezpieczeństwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Uzyskałem(-am) informacje na temat sposobu, w jaki prawo może zapewnić mi ochronę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uzyskałem(-am) rekomendacje do innych usług, których mogę potrzebować	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeśli będę potrzebować pomocy w przyszłości, zwrócę się ponownie do tego programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Personel programu:						
1. Traktował mnie z szacunkiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wspierał mnie podczas podejmowania własnych decyzji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wyjaśniał kwestie w zrozumiały sposób	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Pana(-i) odczucia dotyczące uzyskanych usług:						
1. Mam większą wiedzę na temat możliwości prawnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lepiej rozumiem, co się dzieje w sądzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czuję większe wsparcie w sądzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PLĘĆ <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta	ORIENTACJA SEKSUALNA <input type="checkbox"/> Osoba heteroseksualna <input type="checkbox"/> Gej/lesbijka <input type="checkbox"/> Biseksualista <input type="checkbox"/> Queer/inna	RASA <input type="checkbox"/> Rdzenny Amerykanin / rdzenny mieszkaniec Alaski <input type="checkbox"/> Azjatycka <input type="checkbox"/> Czarna lub afroamerykańska <input type="checkbox"/> Rdzenny mieszkaniec Hawajów / wysp Pacyfiku <input type="checkbox"/> Biała <input type="checkbox"/> Inna rasa	POCHODZENIE ETNICZNE <input type="checkbox"/> Hiszpańskie/latynoskie <input type="checkbox"/> Inne niż hiszpańskie/latynoskie
	WIEK <input style="width:100px;" type="text"/>		