

WYDZIAŁ DS. RODZIN I USŁUG POMOCY MIASTA CHICAGO

WYDZIAŁ DS. PRZEMOCY DOMOWEJ

OCENA ANKIETY DOTYCZĄCEJ USŁUG

USŁUGI WIZYTACJI Z NADZOREM ORAZ BEZPIECZNEJ WYMIANY 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.

A. Co Pan(i) myśli o zaoferowanych opcjach:	Nie dotyczy	Zdecydowanie się zgadzam	Nie zgadzam się	Nie wiem	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam
1. 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"/>
2. Moje dzieci przeszły pozytywną wizytację dzięki tym usługom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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>B. Personel programu:</b>						
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"/>
<b>C. Pana(-i) odczucia dotyczące uzyskanych usług:</b>						
1. Centrum było czyste i wygodne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czuję(-am) się bezpieczniejszy(a), przebywając w centrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Członek personelu był dostępny, aby udzielić odpowiedzi na wszystkie moje pytania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. W centrum znajdowały się gry i zajęcia, które podobały się mojemu dziecku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>PLEĆ</b>	<b>ORIENTACJA SEKSUALNA</b>	<b>RASA</b>
<input type="checkbox"/> mężczyzna	<input type="checkbox"/> osoba heteroseksualna	<input type="checkbox"/> Rdzenny Amerykanin / rdzenny mieszkaniec Alaski
<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> Gej/lesbijka	<input type="checkbox"/> Azjatycka
	<input type="checkbox"/> Biseksualista	<input type="checkbox"/> Czarna lub afroamerykańska
<b>POCHODZENIE ETNICZNE</b>	<input type="checkbox"/> Queer/inna	<input type="checkbox"/> Rdzenny mieszkaniec Hawajów / wysp Pacyfiku
<input type="checkbox"/> Hiszpańskie/latynoskie	<b>WIEK</b>	<input type="checkbox"/> Biała
<input type="checkbox"/> Inne niż hiszpańskie/latynoskie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inna rasa