

**SERVIZI DI SOSTEGNO FAMILIARE (FSS) – SONDAGGIO SULLA SODDISFAZIONE**  
Aggiornato 20/04/22

<b>SOLO PER USO DI AGENZIA: DA COMPILARE DA PARTE DEL RAPPRESENTANTE DI AGENZIA</b>	
<b>Agenzia che fornisce il servizio:</b>	<b>Contea:</b>
<b>Personale responsabile del servizio:</b>	
<b>Servizio (i) fornito (i):</b>	
<b>Descrizione del servizio/anno del programma:</b>	

**Per favore condividi come valuteresti complessivamente il programma/servizio FSS sopra elencato. Si prega di selezionare le caselle appropriate.**

1. Come valuteresti la qualità complessiva dei programmi/servizi?

- Eccellente     Molto buona     Buona     Discreta     Scarsa

2. I programmi/servizi hanno soddisfatto le tue esigenze/obiettivi?

- Sì     No

3. Come valuteresti l'efficacia del personale del programma?

- Eccellente     Molto buona     Buona     Discreta     Scarsa

4. Sai a chi rivolgerti in agenzia in caso di domande o dubbi?

- Sì     No

5. Il personale ha risposto a qualsiasi domanda o dubbio che hai sollevato sui programmi/servizi?

- Sempre/Di solito     Qualche volta     Raramente/Mai     Non applicabile

6. Quali sono gli aspetti positivi del programma/servizio? Seleziona tutto ciò che si applica

- Facilità di applicazione  
 Tempestività dei servizi  
 Qualità della gestione al programma  
 Personale adeguatamente formato e in grado di soddisfare le esigenze dei membri della famiglia  
 L'attenzione del personale alle esigenze dei miei familiari  
 Chiarezza del programma  
 Buona comunicazione

Tempestività a richieste, domande, dubbi, rimborsi. ecc.

Il programma andava bene per la mia famiglia

Numero di personale appropriato

Qualità di programma in sé

Ora/luogo dei servizi (accesso ai servizi)

Altro

---

---

7. In che modo potrebbero essere migliorati I programmi/servizi? Seleziona tutto ciò che si applica

Facilità di applicazione

Tempestività dei servizi

Qualità della gestione al programma

Personale adeguatamente formato e in grado di soddisfare le esigenze dei membri della famiglia

L'attenzione del personale alle esigenze dei miei familiari

Chiarezza del programma

Buona comunicazione

Tempestività a richieste, domande, dubbi, rimborsi. ecc.

Il programma andava bene per la mia famiglia

Numero di personale appropriato

Qualità di programma in sé

Ora/luogo dei servizi (accesso ai servizi)

Altro

---

---

8. Si prega di fornire ulteriori commenti sui programmi/servizi (opzionale):

---

---

---