

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

چه تجربه ای نسبت به حمایتی که در کسب و کار دریافت می کنید احساس می کنید؟

شما در فعالیتی که توسط یک اتحادیه هماهنگی تامین مالی می شود، شرکت می کنید. ما می خواهیم بدانیم که چه تجربه ای نسبت به حمایتی که در کارهای تجاری تان دریافت می کنید، دارید.

ما از نظرهای شما استقبال می کنیم!

سعی کنید تا حد امکان صادقانه به تمام سوالات پاسخ دهید. پاسخ دادن به سوالات داوطلبانه است و لازم نیست توضیح دهید که چرا نمی توانید پاسخ دهید. شما همچنین می توانید نظرسنجی خود را بدون پاسخ ارسال کنید. پرسشنامه را در پاکت ضمیمه شده برگردانید.

پاسخ های نظرسنجی به صورت ناشناس رسیدگی می شود. این بدین معنی است که هیچ فردی قابل شناسایی نیست.   
  
**برای سوالها و نقطه نظر مربوط به پرسشنامه و روش جمع آوری جواب پرسشنامه تماس بگیرید با:**

**[Namn på kontaktperson]**[Kontaktpersonens funktion samt samordningsförbundets namn]  
تلفن[ telefonnummer], ، ایمیل :[ e-mejladress]

**وقتی که پرسشنامه را پاسخ می دهید، این فرصت را هم دارید که از فردی که پرسشنامه را توزیع کرده، سوال بپرسید.**

**تشکر از همکاری شما!**

## پرسشنامه شرکت کننده **با این نظرسنجی، می خواهیم بدانیم که حمایتی که در کسب و کار دریافت می کنید چه تجربه ای دارید. کادر مربعی را انتخاب کنید که به بهترین وجه میزان موفقیت شما را با هر سوال توضیح می دهد. اگر شما نمی خواهید پاسخ دهید یا این که پاسخ یک سوال را نمی دانید، می توانید از آن صرف نظر کنید.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **درباره شما:** | خانم  | آقا  | نمی خواهم پاسخ دهم / هیچ گزینه ای برای پاسخ مناسب نیست  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **هرگز** | **به ندرت** | **بعضی اوقات** | **بیشتر اوقات** | **برای بیشتر  اوقات** | **همیشه** |
| **۱** | به یک نحوه ای حمایت می گیرید.  که بسیار به نفع شما است؟ |  |  |  |  |  |  |
| **۲** | آیا شرکت می کنید در تصمیم گیری حمایتی  که می خواهید دریافت کنید؟ |  |  |  |  |  |  |
| **۳** | حمایتی که دریافت می کنید  وقت مورد نیاز را دارد؟ |  |  |  |  |  |  |
| **۴** | آیا این حمایت در تماس های شما با مقامات اداری خدمات درمانی پشتیبانی می کند؟ |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **اصلا نه** | | **به مقدار کمی** | | **تا اندازه ای** | **به مقدار  کمی** | **به مقدار خیلی زیاد** | | **به طور   کامل** |
| **۵** | آیا حمایتی که دریافت کرده اید به شما کمک کرده است تا راه هایی را برای مدیریت وضعیت خود توسعه دهید؟ | |  | |  |  |  |  |  | | |
| **۶** | آیا احساس آمادگی می کنید که توانایی کار کردن یا درس خواندن را دارید نسبت به قبل از تماس با ما ؟ | |  | |  |  |  |  |  | | |
| **۷** | آیا احساس می کنید که کارکنان از تجربه، دانش و نقطه نظر شما بهره می برند؟ | |  | |  |  |  |  |  | | |