

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

شما پشتیبانی را در فعالیت خود چگونه تجربه 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 عمل کرد دارد.  
کادر مربعی را انتخاب کنید که به بهترین وجه میزان موفقیت شما را با هر سوال توصیف می کند.  
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** | **در اکثر موارد،** | **همیشه** |
| **۱** | آیا شما حمایت را طوری دریافت کرده اند که بسیار به نفع شما است؟ |  |  |  |  |  |  |
| **۲** | آیا توانسته ای تصمیم بگیرید که چه حمایتی دریافت می کنید/دریافت کرده اید؟ |  |  |  |  |  |  |
| **۳** | آیا حمایت گرفته شده است زمان  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؟ |  |  |  | |  | |  | | |  | |

(سوالات در صفحه بعدی ادامه دارد)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| پرسشنامه شرکت کننده ، ادامه دارد | | | |  |
| **۸** | آیا برنامه ریزی را شروع کرده اید که چه خواهد شد پس از اینکه حمایت فعلی شما به اتمام رسد؟ | بله  | خیر  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | **اصلا نه** | | **به مقدار کمی** | | **تا اندازه ای** | **به مقدار کمی** | | | **به مقدار خیلی زیاد** | | **به طور کامل** | |
| **۹** | آیا برنامه ریزی کافی وجود دارد که چه خواهد شد پس از اینکه این حمایت به اتمام رسد؟ |  | |  | |  | | |  |  | |  | |
| **۱۰** | آیا کاری برنامه  ریزی شده آغاز خواهد شد در یک زمان معقول؟  **اگر بله به سوال شماره ۸، بروید به سوال های ۹ و ۱۰.** |  | |  | |  | | |  |  | |  | |