**KARTA POMOCY – część B**12

# Szanowna Pani/Szanowny Panie,

*uprzejmie prosimy o dokonanie* ***anonimowej oceny*** *udzielonej nieodpłatnej pomocy prawnej lub nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego. Pani/Pana opinia posłuży analizie i sformułowaniu wniosków na temat działalności punktu.*

*Dziękujemy za czas poświęcony na wypełnienie ankiety!*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Dane dotyczące punktu i dyżuru** |
|  | **Miejscowość** ………………………. **ulica i nr domu** ……………………………..…  **Data** …………………..……………  **Imię i nazwisko lub symbol identyfikujący osobę udzielającą pomocy prawnej lub poradnictwa obywatelskiego (w formule: Nazwa powiatu/Numer punktu w powiecie/Numer osoby w danym punkcie)**  **.**…………………………………………………………………………………………..  **Punkt** …………………………………………….. **prowadzony przez:**  adwokatów  radców prawnych  organizację pozarządową o nazwie …….……………..…………………….………  **Dyżur:**  nieodpłatnej pomocy prawnej  nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego  **Inne miejsce lub szczególna forma:**  za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość  poza punktem |

12 „Kartę pomocy-część B” osoba udzielająca nieodpłatnej pomocy prawnej lub nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego na koniec wizyty w punkcie (albo na zakończenie wszystkich spotkań mediacyjnych) przekazuje osobie uprawnionej z prośbą o dobrowolne anonimowe jej wypełnienie i umieszczenie karty w wyznaczonym miejscu.

Strona 1 „Karty pomocy-część B” drukowana jest jednostronnie, strony 2 i 3 – dwustronnie.

|  |  |
| --- | --- |
| **OPINIA** | |
| 2. | **Czy spotkał(a) się Pan(i) z życzliwym przyjęciem w punkcie?**  zdecydowanie tak (uprzejmy sposób obsługi)  raczej tak  raczej nie  zdecydowanie nie (nieuprzejmy sposób obsługi) |
| 3. | **Czy informacje zostały przedstawione w sposób zrozumiały?**  zdecydowanie tak  raczej tak  raczej nie  zdecydowanie nie |
| 4. | **Czy po uzyskaniu porady lub po przeprowadzonej mediacji wie Pan(i), jakie dalsze kroki można podjąć?**  zdecydowanie tak  raczej tak  raczej nie  zdecydowanie nie |
| 5. | **Czy lokal, w którym zorganizowany jest punkt, jest dogodnie położony?**  zdecydowanie tak  raczej tak  raczej nie  zdecydowanie nie |
| 6. | **Czy lokal, w którym zorganizowany jest punkt, jest czytelnie oznakowany?**  zdecydowanie tak  raczej tak  raczej nie  zdecydowanie nie |

|  |  |
| --- | --- |
| 7. | **Czy został(a) Pan(i) przyjęty(-ta) w punkcie w umówionym terminie?**  zdecydowanie tak  raczej tak  raczej nie  zdecydowanie nie |
| 8. | **Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o działalności punktu?**  inni klienci punktów prasa  internet radio  plakaty telewizja  ulotki lub broszury w inny sposób – jaki?  ………………………………….. |
| 9. | **Uwagi własne i ewentualnie propozycje usprawnień działalności**  ……………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………… |
| 10. | **Czy zgadza się Pan(i) na udostępnienie numeru telefonu kontaktowego w celu zasięgnięcia opinii o udzielonej nieodpłatnej pomocy prawnej lub nieodpłatnym poradnictwie obywatelskim?**  tak – proszę o wpisanie numeru telefonu: *………………………………………*  nie |
| ***Wypełnioną ankietę prosimy złożyć bezpośrednio do specjalnie przygotowanej urny przeznaczonej na opinie w miejscu świadczenia pomocy lub przekazać drogą elektroniczną bezpośrednio do Urzędu Miasta Świnoujście na adres:*** [***wzp@um.swinoujscie.pl***](mailto:wzp@um.swinoujscie.pl)  *Dziękujemy!* | |

*Urząd Miasta Świnoujście, Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej,*

*ul. Wojska Polskiego 1/5, 72 – 600 Świnoujście [Miejsce na oznaczenie pieczątką komórki organizacyjnej starostwa powiatowego obsługującej pod względem organizacyjno-technicznym realizację zadania polegającego na udzielaniu nieodpłatnej pomocy prawnej lub świadczeniu nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego*