

Ihr Feedback nach der Beratung

Sehr geehrte Ratsuchende, sehr geehrter Ratsuchender,

Sie haben eine Beratung in einem EUTB-Angebot wahrgenommen? Wir möchten mit dieser kurzen Befragung herausfinden, wie zufrieden Sie mit der Beratung sind und was wir verbessern können. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen diesen Fragebogen aus. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Es ist immer die Antwort zutreffend, die Ihre Meinung am besten wiedergibt. Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Befragung freiwillig und anonym.





Unser Ziel ist es, die Angebote der EUTB-Angebote kontinuierlich zu verbessern, indem wir Lob und Kritik, Verbesserungen und Vorschläge von Ihnen aufnehmen und in die Praxis umsetzen. Mit Ihrer Kontaktaufnahme werden Ihre hier eingegebenen Daten von der Fachstelle Teilhabeberatung zur Sicherstellung und Verbesserung der Beratungsqualität sowie zur Erstellung von Statistiken zu den Themen Qualitätssicherung und Erfassung der Themenbandbreite der Beratungen in den EUTB-Angeboten bis zum 30.06.2023 gespeichert und sodann gelöscht.





Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung:
<https://www.teilhabeberatung.de/datenschutzerklaerung>

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen an:

Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung mbH
Fachstelle Teilhabeberatung
Kronenstraße 6
10117 Berlin

Oder geben Sie ihn in einem EUTB-Angebot ab.

Waren Sie mit der Erreichbarkeit der EUTB-Stelle eher zufrieden oder eher unzufrieden im Hinblick auf ...	Sehr zufrieden 	Zufrieden 	Weniger zufrieden 	Nicht zufrieden 
Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln				
Auffindbarkeit der Beratungsstelle				
Barrierefreiheit / Zugänglichkeit der Beratungsstelle				
Barrierefreiheit Kommunikation				
Verständlichkeit der Beratung				
Öffnungszeiten				
Telefonzeiten				

Wie wichtig ist es Ihnen, ...	Sehr wichtig 	Wichtig 	Weniger wichtig 	Gar nicht wichtig 
von einem*einer Berater*in beraten zu werden, der*die selbst ein Mensch mit Behinderungen oder Angehörige*r eines Menschen mit Behinderungen ist?				

Was war für Sie der Anlass, das Beratungsangebot zu besuchen? Wozu haben Sie sich beraten lassen?

(Mehrfachantworten sind möglich)

Ich habe mich allgemein zur aktuellen Lebenssituation beraten lassen

Ich habe mich zu folgendem Themenbereich beraten lassen.

Kreuzen Sie bitte maximal die drei wichtigsten Inhalte an:

Arbeit/Bildung einschließlich Übergang Schule/Beruf

Assistenz

Behinderung, Grad der Behinderung

Budget für Arbeit

Familie, Partnerschaft, Erziehung

Freizeit

Gesundheit

Mobilität

Persönliches Budget

Wohnen

Sonstiges:

Ich benötigte Informationen zu einer bestimmten Leistung

Ich benötigte eine Antragsberatung zu einer bestimmten

Leistung und Information über den zuständigen

Leistungsträger/ Kostenträger



Ich war unzufrieden mit einem bestimmten Leistungsträger/

Kostenträger

Sonstiges:

Ergebnis der Beratung

Ich weiß jetzt, ...	Trifft sehr genau zu 	Trifft eher zu 	Trifft eher nicht zu 	Trifft gar nicht zu 
was ich brauche				
was für mich möglich ist				
welche Entscheidungsmöglichkeiten ich habe				
bei wem ich den Antrag stellen kann				
wie ich den Antrag stelle				
was ich als nächstes tun werde				

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Beratung?	Sehr zufrieden 	Zufrieden 	Weniger zufrieden 	Gar nicht zufrieden 

Würden Sie uns weiterempfehlen?

ja nein

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Statistische Angaben

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns abschließend einige statistische Fragen beantworten. So kann erkannt werden, wie die Beratung noch besser an Ihre Bedürfnisse angepasst werden kann. Die Beantwortung dieser Fragen erfolgt ebenfalls anonym und freiwillig.

Wann wurden Sie beraten?

Monat/ Jahr:

Welchem Geschlecht gehören Sie an?

männlich

weiblich

divers

Sie sind ein ...

ein Mensch mit Behinderungen (hierzu zählen auch seelische Beeinträchtigungen)

ein*e Angehörige*r, Lebenspartner*in

Sonstiges:

Ist Deutsch oder Deutsche Gebärdensprache Ihre Muttersprache?

ja

nein

Wo wohnen Sie?

Tragen Sie bitte die ersten drei Ziffern Ihrer Postleitzahl ein:

Wir bedanken uns herzlich bei Ihnen für Ihre Mitarbeit!