

แบบประเมินผลการให้บริการตามประกาศ

ตามกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (8) (9) (10)

ชื่อหน่วยงาน.....

วันที่กรอกแบบสอบถาม เดือน พ.ศ.

1.ชื่อผู้สูงอายุ (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ ปี

2.ที่อยู่บ้านเลขที่ หมู่ ตรอก/ซอย ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด โทรศัพท์.....

3. อาชีพ

() ข้าราชการบำนาญ () ค้าขาย () รับจ้าง () พ่อบ้าน/แม่บ้าน

() เกษตรกรรม () ไม่ได้ทำงาน () อื่นๆ ระบุ.....

4. รายได้..... บาท/เดือน () ด้วยตนเอง () คนอื่นให้.....

5. ท่านเคยได้รับเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุจากหน่วยงานใด (ตอบตามความเป็นจริง)

() เคย จากหน่วยงาน () ไม่เคย

6. หลังได้รับเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ท่านได้รับความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด

() มาก () ปานกลาง () น้อย

7. ความพึงพอใจต่อการให้บริการ

7.1 มีระยะเวลาการให้บริการที่เหมาะสม

() มาก () ปานกลาง () น้อย

7.2 เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการอย่างเต็มกำลัง

() มาก () ปานกลาง () น้อย

7.3 เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำหรือตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี

() มาก () ปานกลาง () น้อย

7.4 เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรมีคุณภาพในการให้บริการ

() มาก () ปานกลาง () น้อย

7.5 ท่านมีความพึงพอใจในวงเงินให้ความช่วยเหลือ

() มาก () ปานกลาง () น้อย

8. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือคะ.....