

纽约州独立生活中心(CIL) 2021年消费者满意度调查

在本调查中，您可以发表您对在当地独立生活中心所获得的服务的看法。调查结果有助于中心了解我们的长处和需要改进的地方。这一离线问卷是为不便使用在线调查问卷的客户准备的。

请为每个问题下的答案加下划线、加粗或高亮显示。问卷的最后留有一处空白，您可在此畅所欲言，提出任何建议或意见。完成问卷后，请将其寄回发件人。感谢您帮助中心不断进步！

问题1：在过去的一年中，您接受过哪个独立生活中心(CIL)提供的服务？

问题2：我能够和工作人员轻松而明确地沟通我的需求。

非常同意 | 同意 | 中立 | 不同意 | 非常不同意 | 不适用

问题3：工作人员随时准备和我一同解决问题。

非常同意 | 同意 | 中立 | 不同意 | 非常不同意 | 不适用

问题4：工作人员对我很尊重。

非常同意 | 同意 | 中立 | 不同意 | 非常不同意 | 不适用

问题5：在大多数情况下，工作人员的回应很及时。

非常同意 | 同意 | 中立 | 不同意 | 非常不同意 | 不适用

问题6：工作人员帮我制定了实现目标的计划。

非常同意 | 同意 | 中立 | 不同意 | 非常不同意 | 不适用

问题7：我能够决定我获得的服务。

非常同意 | 同意 | 中立 | 不同意 | 非常不同意 | 不适用

问题8：我获得的服务让我充满信心。

非常同意 | 同意 | 中立 | 不同意 | 非常不同意 | 不适用

问题9：工作人员向我解释说明了我可以选择的方案和服务。

非常同意 | 同意 | 中立 | 不同意 | 非常不同意 | 不适用

问题10：我对我获得的支持和服务感到满意。

非常同意 | 同意 | 中立 | 不同意 | 非常不同意

问题11：我会把该中心推荐给其他人。

非常同意 | 同意 | 中立 | 不同意 | 非常不同意

问题12: 如有更多意见和建议, 请在下方提出:

个人信息 (选填): 请提供您的背景信息, 帮助我们进一步了解我们的客户。

13. 您的性别是什么? (单选)

男性

女性

不想回答

其他 (请说明) _____

14. 您属于哪一年龄段? (单选)

5岁以下

5-19岁

20-24岁

25-59岁

60岁以上

不知道

不想回答

15. 您属于或您认同属于哪个族群? (单选)

亚裔

黑人或非洲裔美国人

西裔/拉丁裔

美洲原住民

夏威夷土著或其他太平洋岛国居民

多种族 (两个或更多种族)

未知

白人

其他

不想回答

16. 您认同属于以下哪个未获得服务/服务不足的社群? (多选)

残障少数民族

残障LGBTQIA

残障退伍军人
残障青少年
残障年长者
残障移民
失明/失聪人士
残障乡村人士
其他（请说明）

17.您患有哪一（些）残障？（多选）

- 认知：
 - 自闭症
 - 癫痫
 - 智力障碍
 - 学习障碍
 - 其他认知障碍
 - 创伤性和其他脑损伤

- 身体：
 - 截肢
 - 背部损伤
 - 脑性瘫痪
 - 环境和其他相关疾病
 - HIV/AIDS
 - 肌肉萎缩症
 - 神经肌肉问题
 - 其他先天性异常
 - 其他身体障碍
 - 骨科问题
 - 脊柱裂
 - 脊髓损伤

- 心理：
 - 情绪/行为障碍
 - 心理健康诊断
 - 其他心理疾病
 - 物质滥用

- 感官：
 - 失明

失明/失聪

失聪

听力障碍

视力低下（视力部分残障）

其他感官障碍

- 多种残障（两种或以上残障）
- 其他残障（请说明）

感谢您拨冗完成本调查