

Nombre de usuario:
Contraseña
<https://svara.origogroup.com/>

Daglig verksamhet LSS

Nos gustaría saber qué opina de sus actividades cotidianas. Así podremos hacerlo mejor. Usted mismo decide si quiere responder a las preguntas. Es importante que seas usted quien responda. Si lo desea, un asistente de preguntas puede ayudarle cuando responda. Nadie podrá ver sus respuestas. Recuerde no escribir nombres ni otros datos personales cuando introduzca una respuesta como texto libre.

1. ¿Se le permite tomar decisiones sobre cosas que son importantes para usted en sus actividades cotidianas?

- ☐ Sí
- ☐ A veces
- ☐ No

Escribe tus comentarios aquí:

2. ¿Recibe la ayuda que desea en sus actividades cotidianas?

- ☐ Sí
- ☐ A veces
- ☐ No

Escribe tus comentarios aquí:

3. ¿Es importante para usted lo que hace en sus actividades cotidianas?

- ☐ Sí
- ☐ A veces
- ☐ No

Escribe tus comentarios aquí:

4. ¿Se preocupa por usted el personal que interactúa con usted en sus actividades cotidianas?

- ☐ Sí
- ☐ A veces
- ☐ No

Escribe tus comentarios aquí:

5. ¿El personal que interactúa con usted en sus actividades cotidianas le habla de un modo que puede entender?

- ☐ Todos
- ☐ Algunos
- ☐ Ninguno

Escribe tus comentarios aquí:

6. ¿El personal que interactúa con usted en sus actividades cotidianas entiende lo que dice?

- ☐ Todos
- ☐ Algunos
- ☐ Ninguno

Escribe tus comentarios aquí:

7. ¿Se siente seguro con el personal en sus actividades cotidianas?

- ☐ Todos
- ☐ Algunos
- ☐ Ninguno

Escribe tus comentarios aquí:

8. ¿Tiene miedo de algo en sus actividades cotidianas?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ A menudo

Escribe tus comentarios aquí:

9. ¿Sabe con quién hablar si surge algún problema en sus actividades cotidianas?

- ☐ Sí
- ☐ No

Escribe tus comentarios aquí:

10. ¿Está contento(a) con sus actividades cotidianas?

- ☐ Sí
- ☐ A veces
- ☐ No

Escribe tus comentarios aquí:

11. ¿Le habla el personal sobre conseguir un trabajo remunerado?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sé

Escribe tus comentarios aquí:

12. ¿Recibe un buen trato por parte del personal?

- ☐ Sí
- ☐ A veces
- ☐ No

Escribe tus comentarios aquí:

13. ¿Está satisfecho(a) con el apoyo que recibe en sus actividades cotidianas?

- ☐ Sí
- ☐ A veces
- ☐ No

Escribe tus comentarios aquí:

14. ¿Cree que el personal le ha discriminado en sus actividades cotidianas?

- ☐ Sí
- ☐ No

Escribe tus comentarios aquí:

15. ¿Es usted mujer u hombre?

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ Otros

Escribe tus comentarios aquí: