



**GULLSPÅNGS KOMMUN**  
**Kommunstyrelseförvaltningen**  
**KUNDBLANKETT**

För oss som arbetar inom socialtjänsten är det angeläget att hålla en hög kvalitet på det arbete vi utför. Din medverkan och Dina synpunkter är viktiga. Vi vore tacksamma om Du ville lämna Dina synpunkter, positiva såväl som negativa, genom att fylla i nedanstående blankett. På så sätt hoppas vi kunna utveckla och förbättra vår verksamhet.

Vi tackar för Din medverkan.

**SOCIALTJÄNSTEN**

**Område:**

**Äldreomsorg**  
**Individ/familjeomsorg**  
**LSS/psykiatri**  
**Annat.....**

**Jag vill lämna synpunkter angående:**

**Väntetid/tillgänglighet**  
**Bemötande/uppträdande**  
**Kunnighet hos personal**  
**Beslutets innehåll**  
**Laglighet i beslutet**  
**Övrigt**

**Skriv i rutan vad som gjort att Du känt Dig nöjd respektive missnöjd i kontakterna med socialförvaltningen**

## Förslag till förbättringar

### Inlämning av blanketten kan ske på något av följande sätt:

- Blanketten inlämnas till socialkontorets reception,
- Blanketten skickas med post till Gullspångs kommun, Box 80, 548 22 Hova, eller lämnas
- I de särskilt uppsatta lådorna som det står kundblankett på.

Dina synpunkter lämnas till chefen för den enhet/område Du har kontakt med och kommer att ligga till grund för direkta åtgärder och/eller mer långsiktiga åtgärdsplaner.

Om Du önskar kontakt med någon på förvaltningen för (markera med kryss):

- Ytterligare upplysningar
- Information om vidtagna åtgärder

skall Du underteckna med Ditt namn, adress och telefonnummer.  
Du kan även vara anonym.

Namn:.....Telefon:.....

Gatuadress:.....Postadress:.....