მუნიციპალური სოციალური სერვისების გავლენის შეფასების *(EX-post)* მექანიზმი

**დანართი 3**

ბენეფიციარის კითხვარის შაბლონი

სამუშაო ვერსია

ივლისი, 2024

**სოციალური სერვისების გავლენის შეფასების კითხვარი**

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0101** |
| პროგრამის დასახელება | **ავთვისებიანი სიმსივნითა და C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა ფინანსური მხარდაჭერა** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 01 (01)** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # | *კითხვარის ნომერი, შევსების რიგითი ნომერი (მაგ. DS0101001)* |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი | *თარიღი, თვე, წელი. (მაგ. 02 თებერვალი 2024)* |
| რეგისტრატორი | *სახელი, გვარი (მაგ. კავკაზ მაჯიდოვი)* |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდა |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად გამეზარდა წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე |  |  |  |  |  |
| 3 | მიღებული დახმარების შედეგად მატერიალური მხარდაჭერა მქონდა უზრუნველყოფილი |  |  |  |  |  |
| 4 | მიღებული დახმარების შედეგად მოხდა ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება |  |  |  |  |  |
| 5 | მიღებული დახმარების შედეგად შემსუბუქდა ის პრობლემა რაც მაწუხებდა |  |  |  |  |  |
| 6 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 7 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8 | თვეში სამედიცინო სერვისებში დახარჯული სრული თანხიდან მუნიციპალიტეტის (არა სახელმწიფოს) მიერ გაღებული დახმარების პროცენტი (მიახლოებით) | |  |
| 9 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0102** |
| პროგრამის დასახელება | **დიალიზის საჭიროების მქონე პირების დახმარება** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 01 (02)** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად გამეზარდა წვდომა სატრანსპორტო საშუალებაზე |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად მატერიალური მხარდაჭერა მქონდა უზრუნველყოფილი |  |  |  |  |  |
| 3 | მიღებული დახმარების შედეგად შემსუბუქდა ის პრობლემა რაც მაწუხებდა |  |  |  |  |  |
| 4 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 5 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6 | თვეში ტრანსპორტირებაში დახარჯული თანხიდან თქვენს მიერ გადახდილი თანხა (მიახლოებით) | |  |
| 7 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0103** |
| პროგრამის დასახელება | **ფენილკეტონურიით და გლუტენის ავადმყოფობით (ცელიაკია)  დაავადებულ ბავშვთა  სპეციფიკური  კვების პროდუქტებით დახმარების პროგრამა** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 01 (03)** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემი (ოჯახის წევრის) ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდა |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად შემსუბუქდა ის პრობლემა რაც მაწუხებდა |  |  |  |  |  |
| 3 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 4 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |
| 5 | თვეში სპეციალური პროდუქტებზე დახარჯული მუნიციპალიტეტის თანხა საკმარისია |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6 | პროგრამის ფარგლებში მიღებული დახმარება თქვენ მიერ ერთ თვეში პროდუქტების შეძენაში დახარჯული სრული თანხის (მათ შორის სხვა დახმარებების ჩათვლით) რამდენი პროცენტია (მიახლოებით) | |  |
| 7 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0104** |
| პროგრამის დასახელება | **მკვეთრად და მნიშვნელოვნად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე უსინათლო პირების დახმარება** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 01 (04)** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდა |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად გამეზარდა წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე |  |  |  |  |  |
| 3 | მიღებული დახმარების შედეგად მატერიალური მხარდაჭერა მქონდა უზრუნველყოფილი |  |  |  |  |  |
| 4 | მიღებული დახმარების შედეგად შემსუბუქდა ის პრობლემა რაც მაწუხებდა |  |  |  |  |  |
| 5 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 6 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7 | პროგრამის ფარგლებში მიღებული დახმარება თქვენ მიერ ერთ თვეში სამედიცინო სერვისებში დახარჯული სრული თანხის (მათ შორის სხვა დახმარებების ჩათვლით) რამდენი პროცენტია (მიახლოებით) | |  |
| 8 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0106** |
| პროგრამის დასახელება | **18 წელს გადაცილებულ შშმ ქალთა და 18 წლამდე შშმ პირების სოციალური დახმარება** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 01 (06)** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად გამეზარდა საშუალო თვიური შემოსავალი |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად გამეზარდა წვდომა სხვადასხვა პროგრამებში ჩასართავად |  |  |  |  |  |
| 3 | მიღებული დახმარების შედეგად შემსუბუქდა ის პრობლემა რაც მაწუხებდა |  |  |  |  |  |
| 4 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 5 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0107** |
| პროგრამის დასახელება | **მარჩენალდაკარგული და დედ-მამით ობოლი ბავშვების სოციალური დაცვა** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 01 (07)** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად მატერიალური მხარდაჭერა მქონდა უზრუნველყოფილი |  |  |  |  |  |
| 2 | კმაყოფილი ვარ პროგრამის ფარგლებში გაწეული დახმარებით |  |  |  |  |  |
| 3 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 4 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5 | წლის განმავლობაში რამდენ ღონისძიებაში მიგიღიათ მონაწილეობა (მიახლოებით) | |  |
| 6 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0108** |
| პროგრამის დასახელება | **ბავშვთა რეაბილიტაცია/აბილიტაციის პროგრამაში ჩართული შშმ სტატუსის მქონე ბავშვიანი ოჯახების ქირით უზრუნველყოფა** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 01 08** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდა |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად გამეზარდა წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე |  |  |  |  |  |
| 3 | მიღებული დახმარების შედეგად მატერიალური მხარდაჭერა მქონდა უზრუნველყოფილი |  |  |  |  |  |
| 4 | მიღებული დახმარების შედეგად შემსუბუქდა ის პრობლემა რაც მაწუხებდა |  |  |  |  |  |
| 5 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 6 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7 | პროგრამის ფარგლებში მიღებული დახმარება თქვენ მიერ ერთ თვეში სამედიცინო სერვისებში დახარჯული თანხის (მათ შორის სხვა დახმარებების ჩათვლით) რამდენი პროცენტია | |  |
| 8 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0109** |
| პროგრამის დასახელება | **ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა დაცვა და დახმარება** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 01 09** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემი მდგომარეობა გაუმჯობესდა |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად თავს ვგრძნობ დაცულად |  |  |  |  |  |
| 3 | მიღებული დახმარების შედეგად მატერიალური მხარდაჭერა მქონდა უზრუნველყოფილი |  |  |  |  |  |
| 4 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 5 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0110** |
| პროგრამის დასახელება | **ბავშვთა რეაბილიტაცია/აბილიტაციის, დღის ცენტრის და ადრეული განვითარების ცენტრში რეგისტრირებული 0-18 წლამდე შშმ ბავშვების ყოველთვიური სოციალური დახმარება** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 01 (10)** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემთვის ხელმისაწვდომია ფიზიკური რეაბილიტაციის კურსი |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემთვის ხელმისაწვდომია მეტყველების თერაპიის კურსი |  |  |  |  |  |
| 3 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემთვის ხელმისაწვდომია ოკუპაციური თერაპიის კურსი |  |  |  |  |  |
| 4 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემთვის ხელმისაწვდომია ქცევითი თერაპიის კურსი |  |  |  |  |  |
| 5 | მიღებული დახმარების შედეგად მატერიალური მხარდაჭერა მქონდა უზრუნველყოფილი |  |  |  |  |  |
| 6 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 7 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8 | პროგრამის ფარგლებში მიღებული დახმარება თქვენ მიერ ერთ თვეში სარეაბილიტაციო სერვისებში დახარჯული სრული თანხის (მათ შორის სხვა დახმარებების ჩათვლით) რამდენი პროცენტია? |  |
| 9 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0111** |
| პროგრამის დასახელება | **მძიმე სოციალურ პირობებში მყოფი ბავშვიანი ოჯახების დახმარება** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 01 (11)** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ბავშვების პირველადი საჭიროება დაკმაყოფილებულია |  |  |  |  |  |
| 2 | პროგრამა დაეხმარა ოჯახს გაძლიერებაში |  |  |  |  |  |
| 3 | კმაყოფილი ვარ პროგრამის ფარგლებში გაწეული დახმარებით |  |  |  |  |  |
| 4 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 5 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 | როგორ აფასებთ მერიის დახმარებას თქვენი კრიზისული მდგომარეობიდან გამოყვანის კუთხით |  |
| 7 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0202** |
| პროგრამის დასახელება | **ზამთრის სეზონის დადგომასთან დაკავშირებით საწვავით (სათბობი შეშით ან ბიოსაწვავი ,,ბრიკეტით“) უზრუნველყოფის პროგრამა** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 02** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა გაუმჯობესდა |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად მატერიალური მხარდაჭერა მქონდა უზრუნველყოფილი |  |  |  |  |  |
| 3 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 4 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5 | თვეში (ზამთრის პერიოდში) გათბობაზე დახარჯული თანხიდან მუნიციპალიტეტის მიერ გაღებული დახმარების პროცენტი (მიახლოებით) |  |
| 6 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0203** |
| პროგრამის დასახელება | **სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის სამედიცინო (სტაციონარული, ამბულატორიული, ფიზიკური თერაპიისა და რეაბილიტაცია) დახმარება** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 03** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდა |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად გამეზარდა წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე |  |  |  |  |  |
| 3 | მიღებული დახმარების შედეგად მატერიალური მხარდაჭერა მქონდა უზრუნველყოფილი |  |  |  |  |  |
| 4 | მიღებული დახმარების შედეგად შემსუბუქდა ის პრობლემა რაც მაწუხებდა |  |  |  |  |  |
| 5 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 6 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7 | პროგრამის ფარგლებში მიღებული დახმარება თქვენ მიერ ერთ თვეში სამედიცინო სერვისებში დახარჯული სრული თანხის (მათ შორის სხვა დახმარებების ჩათვლით) რამდენი პროცენტია (მიახლოებით) | |  |
| 8 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS020301** |
| პროგრამის დასახელება | **აუტიზმის სპექტრის აშლილობათა მქონე ბავშვების რეაბილიტაციის სოციალური დახმარება** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 03 (01)** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემი შვილის ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდა |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად გამეზარდა წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე |  |  |  |  |  |
| 3 | მიღებული დახმარების შედეგად მატერიალური მხარდაჭერა მქონდა უზრუნველყოფილი |  |  |  |  |  |
| 4 | ბავშვთან მუშაობა მიმდინარეობდა: მულტიდისციპლინური მიდგომით, ჩართულია ერთი ან საჭიროების შემთხვევაში რამდენიმე სპეციალისტი (ბავშვთა ფსიქიატრის, განვითარების პედიატრის, ნევროლოგის, ქცევითი თერაპევტის, ოკუპაციური/სენსორული თერაპევტის, მეტყველების თერაპევტის, ხელოვნების თერაპევტის და სხვა) |  |  |  |  |  |
| 5 | მიღებული დახმარების შედეგად შემსუბუქდა ის პრობლემა რაც მაწუხებდა |  |  |  |  |  |
| 6 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 7 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8 | პროგრამის ფარგლებში მიღებული დახმარება თქვენ მიერ ერთ თვეში სამედიცინო სერვისებში დახარჯული სრული თანხის (მათ შორის სხვა დახმარებების ჩათვლით) რამდენი პროცენტია (მიახლოებით) | |  |
| 9 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS020303** |
| პროგრამის დასახელება | **მოქალაქეთა მედიკამენტებით და საანალიზო ტექნიკური საშუალებებით უზრუნველყოფა** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 03 (03)** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდა |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად გამეზარდა წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე/მედიკამენტებზე |  |  |  |  |  |
| 3 | მიღებული დახმარების შედეგად მატერიალური მხარდაჭერა მქონდა უზრუნველყოფილი |  |  |  |  |  |
| 4 | მიღებული დახმარების შედეგად შემსუბუქდა ის პრობლემა რაც მაწუხებდა |  |  |  |  |  |
| 5 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 6 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7 | პროგრამის ფარგლებში მიღებული დახმარება თქვენ მიერ ერთ თვეში სამედიცინო სერვისებში დახარჯული სრული თანხის (მათ შორის სხვა დახმარებების ჩათვლით) რამდენი პროცენტია (მიახლოებით) | |  |
| 8 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0206** |
| პროგრამის დასახელება | **ტრანსპორტით მომსახურების მუნიციპალური პროგრამა** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 06** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდა |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად გამეზარდა წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე/მედიკამენტებზე |  |  |  |  |  |
| 3 | მიღებული დახმარების შედეგად მატერიალური მხარდაჭერა მქონდა უზრუნველყოფილი |  |  |  |  |  |
| 4 | მიღებული დახმარების შედეგად გამეზარდა წვდომა სატრანსპორტო საშუალებაზე |  |  |  |  |  |
| 5 | მიღებული დახმარების შედეგად შემსუბუქდა ის პრობლემა რაც მაწუხებდა |  |  |  |  |  |
| 6 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 7 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8 | პროგრამის ფარგლებში მიღებული დახმარება თქვენ მიერ ერთ თვეში სამედიცინო სერვისებში დახარჯული სრული თანხის (მათ შორის სხვა დახმარებების ჩათვლით) რამდენი პროცენტია (მიახლოებით) | |  |
| 9 | თვეში ტრანსპორტირებაზე ჯიბიდან გადახდილი თანხა | |  |
| 10 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0208** |
| პროგრამის დასახელება | **ხანდაზმულთა შინმოვლისა და ჯანსაღი დაბერების პროგრამა** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 08** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდა |  |  |  |  |  |
| 2 | მიღებული დახმარების შედეგად გამეზარდა წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე |  |  |  |  |  |
| 3 | რამდენად კმაყოფილი ხართ საექთნო მომსახურებით? |  |  |  |  |  |
| 4 | ზრუნვა თუ ხდება თქვენს ჰიგიენურ მდგომარეობაზე? |  |  |  |  |  |
| 5 | მიღებული დახმარების შედეგად შემსუბუქდა ის პრობლემა რაც მაწუხებდა |  |  |  |  |  |
| 6 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 7 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8 | პროგრამის ფარგლებში მიღებული დახმარება თქვენ მიერ ერთ თვეში სამედიცინო სერვისებში დახარჯული სრული თანხის (მათ შორის სხვა დახმარებების ჩათვლით) რამდენი პროცენტია (მიახლოებით) | |  |
| 9 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარი # | **DS0209** |
| პროგრამის დასახელება | **ქალთა სოციალურ-ეკონომიკური გაძლიერების პროგრამა მათთვის დასაქმებისა და სამეწარმეო უნარების და გენდერულ საკითხებზე ცნობიერების გაზრდის გზით** |
| პროგრამის კოდი | **06 02 09** |

ივსება მხოლოდ რეგისტრატორის მიერ

|  |  |
| --- | --- |
| კითხვარის რეგისტრაციის # |  |
| კითხვარის რეგისტრაციის თარიღი |  |
| რეგისტრატორი |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სქესი |  | 3. საცხოვრებელი ადგილი | |  | | | |
| 2. ასაკი |  | 4. ეთნიკური კუთვნილება | |  | | | |
| 5. სტატუსი *(დიახ/არა)* | პენსიონერი |  | სოც. დახმარების მიმღები | |  | მარტოხელა |  |
| მრავალშვილიანი |  | მარჩენალდაკარგული | |  | ობოლი |  |
| შშმ პირი |  | დასაქმებული | |  | უმუშევარი |  |
| 6. ოჯახი წევრთა რაოდენობა | |  | 7. ოჯახში არასრულწლოვნების რაოდენობა | | | |  |
| 8. გისარგებლიათ თუ არა გასულ წელს იგივე ან სხვა მუნიციპალური სოციალური პროგრამით | | | | | | |  |

ივსება ბენეფიციარის მიერ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ეთანხმებით თუ არა ქვემოთ მოყვანილ განაცხადს** (მონიშნეთ X ყველაზე შესაბამისი პასუხი) | | | | | | |
| **#** | **განაცხადი** | სრულად არ ვეთანხმები - 1 | ნაწილობრივ არ ვეთანხმები - 2 | არც ვეთანხმები და არც არ ვეთანხმები - 3 | ნაწილობრივ ვეთანხმები - 4 | სრულად ვეთანხმები - 5 |
| 1 | მიღებული დახმარების შედეგად ჩემი ინდივიდუალური შესაძლებლობები (ბიზნესის წამოწყება, მართვა და ა.შ)გაუმჯობესებულია |  |  |  |  |  |
| 2 | ამაღლდა ჩემი ცნობიერების დონე (საკუთარ უფლებებზე, მათი დაცვის საშუალებებზე) |  |  |  |  |  |
| 3 | ჩემთვის სხვადასხვა მხარდამჭერი მომსახურებები ხელმისაწვდომია |  |  |  |  |  |
| 4 | ჩემთვის ფინანსური რესურსები ხელმისაწვდომია |  |  |  |  |  |
| 5 | კმაყოფილი ვარ პროგრამის ფარგლებში გაწეული დახმარებით |  |  |  |  |  |
| 6 | პროგრამაში მარტივად, ზედმეტი ბარიერების გარეშე ჩავერთე |  |  |  |  |  |
| 7 | პროგრამა ეფექტურად არის ადმინისტრირებული მერიის თანამშრომლების მიერ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8 | როგორ აფასებთ მერიის დახმარებას თქვენი ეკონომიკური გაძლიერების კუთხით |  |
| 9 | ზოგადი შეფასება პროგრამასთან დაკავშირებით |  |

პროგრამის ანალიზი:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | რა არის პროექტის შედეგები, ამოცანები, მიზნები და აქტივობები? |
| 2 | არის თუ არა პროგრამა/ სერვისი მოსახლეობისთვის სასარგებლო? |
| 3 | აქვთ თუ არა მათ უარყოფითი ეფექტი? რა სახის? |
| 4 | შემსუბუქებულია თუ არა პრობლემა, რომლის მოგვარებასაც პროგრამა გეგმავდა? |
| 5 | რამდენად კარგად არის პროგრამა ადმინისტრირებული |
| 6 | რა გავლენა მოახდინა პროგრამამ მოკლე, საშუალო და გრძელვადიან პერსპექტივაში? |
| 7 | რა გაუთვალისწინებელი შედეგები მოჰყვა (დადებითი და უარყოფითი)? |
| 8 | რა ცვლილებები შეიძლება შევიდეს პროგრამაში? |
| 9 | რა გავლენა მოახდინა სხვა ფაქტორებმა? |
| 10 | რა გავლენას მოახდენს შეწყვეტა? |
| 11 | არის თუ არა მოცემული პროგრამა საუკეთესო საშუალება რესურსების (მასში ჩადებული) გამოყენების? |

საბოლოო დასკვნა (ჩამოთვლილიდან ერთ-ერთი)

• მიაღწია დასახულ შედეგებს (აღარ საჭიროებს გაგრძელებას);

• უნდა გაგრძელდეს და/ან გაუმჯობესდეს;

• შეიძლება უკეთესი იყოს ალტერნატიული სერვისის მიმწოდებლის მიერ;

• უნდა შეწყდეს.