Formed approved
OMB No. XXXXXX
Exp. Date XXXXX

World Trade Center Health Program

Badanie satysfakcji członków programu - ankieta

W celu zapewnienia wszystkim naszym członkom usług medycznych na najwyższym poziomie, prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety. Dzięki udzielonym odpowiedziom będziemy mogli wprowadzić korzystne zmiany w World Trade Center (WTC) Health Program.

Prosimy o wypełnienie niniejszej ankiety i odesłanie jej w załączonej kopercie wraz z gotowym adresem i znaczkiem. Ankieta dostępna jest również przez Internet pod adresem www.cdc.gov/wtc/survey.html. Prosimy wypełnić niniejszą ankietę tylko raz.

Nie ma potrzeby podawania danych osobowych w ankiecie, gdyż jest ona anonimowa. Dziękujemy za poświęcony czas.

1. Kiedy po raz ostatni korzystał(a) Pan(i) ze świadczeń w ramach WTC Health Program w celu przeprowadzenia badań lub leczenia? Proszę zakreślić najwłaściwszą odpowiedź:

1	2	3	4	5
w ciągu ostatniego roku	w ciągu ostatnich 2 lat	w ciągu ostatnich 3 lat	wcześniej niż 3 lata temu	nigdy

2. Jeśli nie korzystał(a) Pan(i) ze świadczeń w ramach WTC Health Program w ciągu ostatnich 2 lat, proszę o zaznaczenie wymienionych poniżej powodów:
   - __ czuję się zdrowy(a)
   - __ jestem zbyt chory(a)
   - __ jestem zbyt zajęty(a)
   - __ chodzę od innego lekarza – proszę podać powody: _____
   - __ problemy związane z placówkami WTC Health Program:
     - __ niedogodne godziny przyjęć:
       proszę podać, jakie godziny najbardziej Panu(i) odpowiadają _____
     - __ niedogodna lokalizacja (trudny dojazd, brak parkingu/komunikacji publicznej, itp.)
       proszę krótko opisać problem: _____
     - __ zbyt długi czas trwania badań
     - __ jakość usług: proszę podać zastrzeżenia: _____
     - __ bariera językowa: proszę podać szczegóły: _____
     - __ inne (proszę krótko sprecyzować):
       _____
   - __ inne: _____

3. Jeśli kontaktował(a) się Pan(i) z infolinią WTC Health Program (nr tel.: 1-888-982-4748), jaki był poziom Pana(i) satysfakcji po przeprowadzonej rozmowie? Proszę zakreślić najwłaściwszą odpowiedź:

1	2	3	4	5
bardzo niezadowolony(a)	niezadowolony(a)	neutralny	zadowolony(a)	bardzo zadowolony(a)

Proszę w skrócie uzasadnić swoją odpowiedź: _____

Czas przewidziany na opracowanie kwestionariusza szacuje się na około 10 minut dla jednego egzemplarza, włączając w to czas potrzebny na zapoznanie się z instrukcjami, wyszukiwanie istniejących źródeł danych, gromadzenie i przechowywanie potrzebnych danych oraz skompletowanie i zapoznanie się z podanymi informacjami. Organ może odmówić uwzględnieniae-kwestionariusza, a dana osoba nie musi ustosunkowywać się do podanych w kwestionariuszu informacji, chyba że widnieje na nim aktualny numer kontrolny OMB. Prześlij komentarze dotyczące wspomnianego wyżej przybliżonego czasu wypełnienia kwestionariusza lub innych jego aspektów, uwzględniając również propozycje mające na celu skrócenie czasu opracowania dokumentu pod adres: CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-0953).

4. Jaka według Pana(i) jest najlepsza forma przesyłania członkom WTC Health Program broszury informacyjnej (newslettera)? Proszę zakreślić najwłaściwszą odpowiedź.
   __ kopia papierowa tradycyjną pocztą
   __ e-mail
   __ strona internetowa (www.cdc.gov/wtc/index.html)

5. Czy stan Pana(i) zdrowia uległ zmianie w związku z korzystaniem ze świadczeń w ramach WTC Health Program? Proszę zakreślić najwłaściwszą odpowiedź:

1	2	3	4	5
znaczne pogorszenie	lekkie pogorszenie	bez zmian	lekka poprawa	znaczna poprawa

6. Biorąc pod uwagę listę świadczeń oferowanych w ramach WTC Health Program znajdującą się poniżej, proszę o ocenę stopnia istotności **każdego** z nich z osobna, korzystając z następującej skali ocen: 1 – bardzo ważne; 2 – ważne; 3 – nieważne; 4 – brak zdania.

   __ coroczne badania
   __ leczenie dolegliwości fizycznych
   __ przynależność do programu, w którym liczą się moje indywidualne potrzeby
   __ świadczenia farmaceutyczne
   __ leczenie psychologiczne
   __ doradztwo odnośnie świadczeń

7. Biorąc pod uwagę całokształt, jaki jest stopień Pana(i) zadowolenia z udziału w WTC Health Program? Proszę zakreślić najwłaściwszą odpowiedź:

1	2	3	4	5
bardzo niezadowolony(a)	niezadowolony(a)	neutralny	zadowolony(a)	bardzo zadowolony(a)

8. Z usług których instytucji Pan(i) korzysta?
   __ Nationwide Provider Network (NPN) zarządzana przez Logistics Health Inc. (LHI)
   __ Clinical Center of Excellence (CCE) w obrębie Miasta Nowy Jork. Prosimy sprawdzić, z którego CCE może Pan(i) korzystać.
   __ Straż Pożarna Miasta Nowy Jork (FDNY)
   __ Akademia Medyczna Mount Sinal (MSSM)
   __ North Shore-LIJ
   __ NYC Health and Hospitals Corporation (HHC) WTC Środowiskowe Centrum Zdrowia
   __ Akademia Medyczna NYU
   __ Akademia Medyczna Rutgers, Robert Wood Johnson EOHSI
   __ Uniwersytet Stanu Nowy Jork, Stony Brook (SUNY)

9. Prosimy wykorzystać wolne miejsce znajdujące się poniżej w celu podania dodatkowych informacji dotyczących Pana(i) doświadczeń z WTC Health Program oraz w celu zaproponowania zmian mogących przyczynić się do poprawy jakości usług.

_____

_____

_____

_____