

## **Ihre Meinung ist uns wichtig!**

Sehr geehrte Ratsuchende, sehr geehrter Ratsuchender,  
Sie haben eine Beratung in einer EUTB wahrgenommen. Wir möchten mit dieser kurzen Befragung herausfinden, wie zufrieden Sie mit der Beratung sind und was wir verbessern können. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen diesen Fragebogen aus. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Es ist immer die Antwort zutreffend, die Ihre Meinung am besten wiedergibt. Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Befragung freiwillig und anonym.





Unser Ziel ist es, die Angebote der EUTB kontinuierlich zu verbessern, indem wir Lob und Kritik, Verbesserungen und Vorschläge von Ihnen aufnehmen und in die Praxis umsetzen. Mit Ihrer Kontaktaufnahme werden Ihre hier eingegebenen Daten von der Fachstelle Teilhabeberatung zur Sicherstellung und Verbesserung der Beratungsqualität sowie zur Erstellung von Statistiken zu den Themen Qualitätssicherung und Erfassung der Themenbandbreite der Beratungen in den Beratungsstellen für einen Zeitraum von 6 Monaten gespeichert und sodann gelöscht. Ihre Daten werden auf der Webseite der Fachstelle Teilhabeberatung eingegeben und durch die Eingabe eines Codes validiert.





Auf Ihre hier eingegebenen Daten können die Fachstelle Teilhabeberatung sowie das zuständige Referat des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zugreifen. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung:  
<https://www.teilhabeberatung.de/node/220>

### **Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen an:**

Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung mbH  
Fachstelle Teilhabeberatung  
Kronenstraße 6  
10117 Berlin

Oder geben Sie ihn in der EUTB ab.





<b>Waren Sie mit der Erreichbarkeit der EUTB-Stelle eher zufrieden oder eher unzufrieden im Hinblick auf ...</b>	 <b>Sehr zufrieden</b>	 <b>Zufrieden</b>	 <b>Weniger zufrieden</b>	 <b>Nicht zufrieden</b>
Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffindbarkeit der Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrierefreiheit / Zugänglichkeit der Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrierefreiheit Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständlichkeit der Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffnungszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





<b>Wie wichtig ist es Ihnen von einem*einer Berater*in beraten zu werden,...</b>	 <b>Sehr wichtig</b>	 <b>Wichtig</b>	 <b>Weniger wichtig</b>	 <b>Gar Nicht wichtig</b>
... der*die selbst ein Mensch mit Behinderungen oder Angehörige*r eines Menschen mit Behinderungen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was war für Sie der Anlass, die Beratungsstelle zu besuchen? Wozu haben Sie sich beraten lassen? (Mehrfachantworten sind möglich)**

- Ich habe mich allgemein zur aktuellen Lebenssituation beraten lassen
- Ich habe mich zu folgendem Themenbereich beraten lassen. Kreuzen Sie bitte maximal die drei wichtigsten Inhalte an:
  - Wohnen
  - Gesundheit
  - Behinderung, Grad der Behinderung
  - Familie
  - Partnerschaft / Sexualität
  - Gewalt
  - Erziehung
  - Übergang Schule / Beruf
  - Arbeit
  - Budget für Arbeit
  - Mobilität
  - Assistenz
  - Persönliches Budget
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Ich benötigte Informationen zu einer bestimmten Leistung
- Ich benötigte eine Antragsberatung zu einer bestimmten Leistung und Information über den zuständigen Leistungsträger/ Kostenträger
- Ich war unzufrieden mit einem bestimmten Leistungsträger/ Kostenträger
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Ergebnis der Beratung

				
Ich weiß jetzt ...,	Trifft sehr genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
was ich brauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
was für mich möglich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche Entscheidungsmöglichkeiten ich habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei wem ich den Antrag stellen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wie ich den Antrag stelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
was ich als nächstes tun werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

				
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Beratung?	Sehr zufrieden	Zufrieden	Weniger zufrieden	Gar nicht zufrieden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Würden Sie uns weiterempfehlen?

ja       nein

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

---



---



---

## Statistische Angaben

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns abschließend einige statistische Fragen beantworten. So kann erkannt werden, wie die Beratung noch besser an Ihre Bedürfnisse angepasst werden kann.

Die Beantwortung dieser Fragen erfolgt ebenfalls anonym und freiwillig.

### Wann wurden Sie beraten?

Monat/ Jahr: \_\_\_\_\_

### Welchem Geschlecht gehören Sie an?

männlich       weiblich       inter

### Sie sind ein ...

- ein Mensch mit Behinderungen
- ein\*e Angehörige\*r, Lebenspartner\*in
- ein\*e Mitarbeitende\*r einer Institution/ Organisation/ Behörde
  - Leistungsträger/ Kostenträger
  - Rehabilitationsträger
  - Sonstige: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Ist Deutsch Ihre Muttersprache?

ja       nein

### Wo wohnen Sie?

Tragen Sie bitte die ersten drei Ziffern Ihrer Postleitzahl ein: \_\_\_\_\_

Wir bedanken uns herzlich bei Ihnen für Ihre Mitarbeit!