****

**FY 2020-2021**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Su Edad** |  | **Raza** |  | (Seleccione todo lo que aplique) |  | **Hispanico** |  | **Persona Completando Encuesta** |
|  |  | ⭘ Indio Americano o Nativo de Alaska | | |  | ⭘ Sí |  | ⭘ Beneficiario (recibio servicios) |
| Nos referimos |  | ⭘ Asiatico | | |  | ⭘ No |  | ⭘ Padre(s) del Beneficiario |
| al beneficiario |  | ⭘ Afro-Americano | | |  |  |  | ⭘ Representante del Beneficiario |
| **Ud.Es**  ⭘ Hombre  ⭘ Mujer   * Transgenero MAF * Transgenero FAM * Elijo no responder   ⭘ Otro (please specify)\_\_\_\_\_ |  | ⭘ Nativo de Hawai o de otras islas del Pacifico  ⭘ Blanco  ⭘ Multi-Racial | | |  | NOTA: Edad, genero, raza, y grupo étnico Hispano | | |
|  |  |  | | |  | que esta asistiendo al consumidor. | | |

Esta encuesta es confidencial. Después de completarlo, por favor no se lo enseñe a su trabajador de caso o cualquier otro miembro del personal. Por favor no permita que ningún miembro del personal le llene esta encuesta, a menos que usted necesite una ayuda especial. Por favor, coloque esta encuesta en el sobre que se le ha proveído y siérrelo. Usted puede devolver el sobre cerrado al personal, enviarlo por correo en el sobre con sello que se le a provisto o coloque el sobre en la caja designada. Muchas gracias.

**Encuesta de Satisfacción del Beneficiario**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Por favor, responda basandose en sus mas recientes experiencias** | **Marque completamente el círculo correspondiente** | | | | | |
| Totalmente  de Acuerdo  5 | De  Acuerdo  4 | Sin  Opinion  3 | No Estoy de Acuerdo  2 | En total Desacuerdo  1 | No  Aplica |
| 1. Recibí un trato respetuoso. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 2. Fui atendido(a) a tiempo. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 3. Cada vez que lo necesitaba podia hablar con mi trabajador. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 4. Recibí los servicios con prontitud. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 5. La oficina esta en un sitio conveniente. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 6. Si tuve quejas, estas fueron atendidas con prontitud y a mi satisfacción. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 7. Recibí servicios muy beneficiosos. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 8. Los trabajadores me asistieron a obtener servicios adicionales. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 9. En general, estoy muy satisfecho(a) con los servicios recibidos | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |

10. ¿Como podemos mejorar nuestros servicios?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Please turn to Page 2 (may be on back of page)**

**FOR OFFICE USE ONLY:** *Please check which JCS Program(s) the consumer participates in:* □ UW Clinical Adult □ NOC □ Older Adult CM □ DUI □ Holocaust □ Shalom Bayit □ Care Connect □ Starfish □ Safety and Security □ GLBTQ □ OTHER (Specify: \_\_\_\_\_) ***Service provider Initials****: \_\_\_\_*

**Encuesta Comunal De Satisfacción Del Beneficiario, Para Adultos (Página 2)**

| **Por favor ayúdenos contestando las preguntas acerca de los servicios que recibió. Queremos saber lo que usted piensa de este programa, sea positivo o negativo. Sus respuestas seran mantenidas en confidencia. Gracias por su ayuda.** | **Clasificaciones (llene los circulos completamente)** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Estoy muy de acuerdo  5 | Estoy de acuerdo  4 | Sin  opinion  3 | No estoy de acuerdo  2 | No estoy muy de acuerdo  1 | N/A |
| 11. Los empleados se preocupan por mi mejoria. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 12. Me siento más independiente. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 13. Si tuviera problemas, regresaría a este programa. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 14. Este programa me ha ayudado a mejorar la calidad de mi vida. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 15. Yo les recomendaría este programa a otras personas necesitadas de ayuda. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 16. Me siento libre de quejarme. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 17. Los empleados me incluyeron al decidir mi plan de tratamiento. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 18. Yo me siento mejor de tratar con personas y situaciones que antes eran problemáticas para mí. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 19. Los empleados se muestran sensitivos a mi cultura y raza. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 20. Los servicios son enfocados en mis necesidades. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 21. El empleado con quien yo he estado trabajando más de cerca, me ha ayudado mucho. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 22. Me siento libre de poder hacer preguntas sobre mi tratamiento y mis medicamentos. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 23. Este programa me ayudó a sentirme mejor sobre mi mismo. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 24. Yo ago cosas que son importantes para mi. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 25. Yo estoy más capacitado de atender mis necesidades. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 26. Yo estoy en mejores condiciones de resolver situaciones problemáticas. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 27. Yo estoy en mejores condiciones para hacer cosas que you quiero hacer. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 28. Mis síntomas no me están molestando tanto. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 29. Yo estoy feliz con los amigos que tengo. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 30. Yo tengo personas con las cuales puedo hacer cosas placenteras. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 31. Yo me siento que pertenezco a mi comunidad. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 32. En una crisis, yo tendría familia o amigos que me darían su apoyo. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |

**Por favor provee comentarios constructivos sobre esta encuesta (opcional):**

**¡Gracias por completar la encuesta!**