

Agency Name: _____ Project Name: _____
Grant Number: CT _____

Connecticut BOS Continuum of Care
Encuesta de Satisfacción de Clientes para el 2021

Sus repuestas son anónimas y no serán compartidas con el proveedor de servicios. La sección final de esta encuesta esta reservada para sus comentarios. Invitamos sus comentarios sobre cualquiera de estas preguntas.

1. Cuanto tiempo ha estado en el programa? (Marque Uno)
 Menos de un mes 1 a 6 meses 7 a 12 meses
 13 meses a uno año y medio, 1 ½ Más de uno año y medio, 1 ½

2. Estos son los servicios que yo recibo:
 Empleo Abuso de Alcohol o Drogas Salud Medica Servicios de Salud Mental Educacional
 Servicios de Trabajador Social Educación para Prevención de VIH/SIDA Otros _____

- 2a. Alcanzan sus necesidades los servicios proveídos en este programa? (Marque Uno)
 Siempre La mayoría del tiempo Algunas veces Nunca

- 2b. Estos son los servicios que necesito, pero no recibo:
 Empleo Abuso de Alcohol o Drogas Salud Medica Servicios de Salud Mental Educacional
 Servicios de Trabajador Social Educación para Prevención de VIH/SIDA Otros _____

- 2c. Como está este programa alcanzando o no alcanzando sus necesidades?

3. Si usted ha solicitado una referencia a otros programas o servicios, recibió la referencia que solicitó?
 Sí No N/A

- 3a. Si no recibió una referencia, por que no?

4. Le tratan a usted con dignidad y respeto los empleados de este programa?
 Siempre La mayoría de el tiempo Algunas veces Nunca

5. Siente usted que puede hacer decisiones sobre lo que le pasa a usted en este programa?
 Siempre La mayoría de el tiempo Algunas veces Nunca

Agency Name: _____ Project Name: _____

Grant Number: CT _____

6. Ha tenido la oportunidad de plantear ideas sobre la operación de este programa (por ejemplo: Junta Consejera de Consumidores o Cónsul de Inquilinos, proceso de quejas, caja de sugerencias, participación de consumidores con la agencia/miembro de la junta directiva)?

Sí No

7. Se siente seguro en este programa/facilidad?

Siempre La mayoría de Tiempo Algunas veces Nunca

8. Está la facilidad del programa limpio y bien mantenido?

Siempre La mayoría de el Tiempo Algunas veces Nunca

9. Cuando usted tiene un problema o una queja, encuentra a un empleado disponible para ayudarlo?

Siempre La mayoría de el Tiempo Algunas veces Nunca

10. Ha mejorado su calidad de vida desde que entro a esta facilidad o programa?

Mucho Algo Se Mantiene Igual Está Peor

Por favor explique:

11. Se mantiene privada su información personal?

Sí No

12. Los empleados del programa hablan su idioma o el programa provee traductores que hablen su idioma?

Sí No no aplica

13. Los empleados demuestran sensibilidad a sus necesidades culturales (por ejemplo: complacer su hábito de comida, vestuario, otras creencias o prácticas)?

Sí No

14. Elige la respuesta que mejor describa tu raza

Negro/a Blanco/a Asiático/a Indio/a americano/a o Nativo de Alaska

Hawaiano nativo/a o isleño del pacífico Razas multiples

15. Elige la respuesta que mejor describa tu etnicidad

Hispano/a /Latino/a No-Hispano/a/No-Latino/a

16. Esto es lo que me gusta del programa o facilidad...

17. Esto es lo que yo desearía que fuera diferente del programa o facilidad ...

Cualquier otro Comentario?

Gracias por participar en esta encuesta, su opinión importa.