



Encuesta de Satisfacción de Clientes (version 5)

Dejar en blanco

Fecha: ____/____/20____

Staff Please Choose Program

<input type="radio"/> ESG (RRH)	<input type="radio"/> Sojourners Place (PSH)	<input type="radio"/> HOPWA New Haven (PSH-SS)	<input type="radio"/> LOS (Shelter)
<input type="radio"/> New Haven 2012 (RRH)	<input type="radio"/> The Jefferson (PSH)	<input type="radio"/> HOPWA Middletown (PSH-SS)	<input type="radio"/> Overflow
<input type="radio"/> New Haven Shelter (RRH)	<input type="radio"/> Val Macri (PSH)	<input type="radio"/> Middlesex DOH Aids Funded (PSH-SS)	<input type="radio"/> WES <input type="radio"/> Family <input type="radio"/> Single Shelter
<input type="radio"/> Middletown-DMHAS (RRH)	<input type="radio"/> Whalley Terrace (PSH)	<input type="radio"/> Scattered Site DOH HIV (PSH-SS)	<input type="radio"/> MFS (Family Shelter)
<input type="radio"/> Middletown-DOH (RRH)	<input type="radio"/> FUSE-New Haven (PSH-SS)	<input type="radio"/> Scattered Site Housing DMHAS (PSH-SS)	<input type="radio"/> Bridges (TH)
<input type="radio"/> SSVF (RRH)	<input type="radio"/> FUSE-Waterbury (PSH-SS)	<input type="radio"/> SIF (PSH-SS)	<input type="radio"/> Harkness House (TH)
<input type="radio"/> Cedar Hill (PSH)	<input type="radio"/> FUSE-Middletown (PSH-SS)	<input type="radio"/> Medical Respite (Respite)	<input type="radio"/> RIST
<input type="radio"/> Legion Woods (PSH)	<input type="radio"/> HUD Consolidated (PSH-SS)	<input type="radio"/> Main Shelter	<input type="radio"/> Other _____

Por favor circule como se siente para que podamos servirle mejor.

	Si, Totalmente	Más Bien Si	No Seguro	Más Bien No	No En Absoluto	No Aplica
1. Mis derechos como individuo son respetados	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A
2. El ambiente físico es de bienvenida	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A
3. Me sentí segura/o recibiendo servicios de este programa	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A
4. Los servicios son adecuados para mis necesidades	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A
5. El personal son respetuosos de mis necesidades culturales	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A
6. Fui proveído/a con una orientación del programa	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A
7. Pude participar del desarrollo de mi plan de servicios	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A
8. Fui conectado con recursos y programas de apoyo fuera de Columbus House	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A
9. Las sesiones individuales con mi trabajador/ra de caso fueron de ayuda	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A
10. El personal están disponibles para ayudarme	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A
11. Mi plan de terminar servicios es claro y apropiado para mis necesidades	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A
12. Como resultado de los servicios recibidos estoy mejor capacitado para manejar mi vida	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A
13. Recomendarías este programa a un amigo	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A
14. Recibí la información que necesitaba para manejar mi enfermedad	ST	MBS	NS	MBN	NEA	N/A

Como es una manera que podríamos servirle mejor? _____

Gracias!