

Questionario de la Encuesta para el Consumidor

Estimado Consumidor;

La oficina de _____ del Condado de Lehigh y el Departamento de Servicios Humanos están conduciendo una encuesta de individuos y familias que reciben nuestros servicios. Esta encuesta es parte de un proyecto a lo largo del estado para mejorar la ayuda de servicios humanos. El objetivo de nuestras oficinas y departamentos es el proveer servicios que promuevan buen crecimiento y desarrollo para individuos y sus familias.

Su participación en este proyecto es muy importante. Su participación es voluntaria y confidencial. Su nombre no aparecerá en la encuesta. Estamos pidiendo a todo individuo, padres, y niños de 14 años de edad en adelante que participen. Esta encuesta tomará de 5-10 minutos. ¿Le gustaría participar?

1. Consumidor Padre/Mother Niño, Edad _____

2. ¿Con cual Oficina del Condado está actualmente usted o ha estado envuelto anteriormente?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios a Personas de Edad | <input type="checkbox"/> Servicios para Adultos | <input type="checkbox"/> Jovenes & Niños |
| <input type="checkbox"/> Drogas & Alcohol | <input type="checkbox"/> Intervención a Temprana Edad | <input type="checkbox"/> Retardacion Mental |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental para Adultos
Health | <input type="checkbox"/> Niños con problemas de
Comportamiento | <input type="checkbox"/> SPORE (Ofendedor en
Rehabilitacion y Educacion
Especial) |
| <input type="checkbox"/> Jovenes en Probatoria | <input type="checkbox"/> Adultos en Probatoria | <input type="checkbox"/> Informacion & Referido |
| <input type="checkbox"/> Magellan / Alternativas Salud | <input type="checkbox"/> Asuntos paraVeteranos | |

3. ¿Que le gustó o nó de los servicios provistos? *Por favor especifique a que oficina este comentario está relacionado.*

4. De los servicios provistos, ¿Que podemos hacer para mejorar?

5. ¿Que clase de ayuda necesitó y no tuvimos disponible y no pudo ser provista?

6. Si ha participado en servicios en más de una oficina a la vez, cree usted que las oficinas han sincronizado los servicios? Si es no vaya a #7 Y N

- ¿Ha logrado una cita que incluyera a todas las oficinas? Y N
- Si contesto si, ¿Le resultó beneficiosa? Y N

- Si contesto no, le gustaría tener una cita en reunión con todos? Y N
7. ¿Participó usted en la creación de su plan de cuidado y servicio? Y N
8. ¿Le preguntó alguien que necesidades tenía usted y su familia? Y N
9. Después que nuestros servicios con usted terminen cree usted que necesite otra clase de ayuda para usted y su familia? *(No es pertinente a consumidores con Retraso Mental)*

¿Cómo supo Usted de nuestros servicios?

10. En sus tratos con las Oficinas del Departamento de Servicios Humanos y Jovenes en Probación:

Cuando llamó o visitó, fué atendido sin demora por alguien?___ Y N

¿Fué cortez el personal?_____ Y N

¿Le devolvieron sus llamadas pronto?_____ Y N

11. Agradecemos, cualquier comentario que pueda ofrecer:_____

Muchas gracias por su participación, sus respuestas nos ayudarán a mejorar nuestros servicios a todos los residentes en el condado de Lehigh. Si quiere hablar más a fondo de alguna de sus respuestas con algun miembro de nuestro comité de evaluación, por favor denos su nombre y teléfono abajo. Se mantendrá su Confidencialidad.

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Teléfono #: _____