**[*If possible, print this letter on your letterhead*]**

Estimado(a) ,

A (Agency name) le gustaría saber qué piensa sobre los servicios de salud mental y/o el tratamiento contra el uso de sustancias que recibió a través de (CCS, CSC, CSP program name). Si completa la encuesta voluntaria adjunta, le proporcionará a su comunidad información útil para mejorar el acceso a una atención de calidad.

Toda la información que proporcione en esta encuesta de satisfacción para adultos es confidencial y anónima. El personal del programa no verá sus respuestas y su participación en esta encuesta no afectará directamente a sus servicios.

Cuando esté llenando la encuesta:

* Piense en su experiencia con (CCS, CSC, CSP program name) durante los últimos seis (6) meses. No piense en otros programas de salud ni servicios humanos.
* La palabra "***agencia***" se refiere a (Agency name).
* La palabra "***servicio(s)***" se refiere a los servicios de (CCS, CSC, CSP program name).
* La palabra "***personal***" se refiere a su (CCS, CSC, CSP counselor, case manager, etc.).
* La palabra "***consumidor***" se refiere a otras personas que han recibido los servicios de enfermedad mental y/o el tratamiento contra el uso de sustancias y que apoyan abiertamente a otras personas con experiencias similares.

Cuando devuelva la encuesta:

* No ponga su nombre en la encuesta ni en el sobre de devolución.
* Devuelva la encuesta llena en el sobre con dirección del remitente y sello que se le ha proporcionado.

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, no dude en contactar con (name and phone number). Gracias de antemano por considerar llenar esta importante encuesta.

Atentamente,

(Agency name)