**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**

**CUSTOMER SATISFACTION SURVEY**

Por favor, califique que tan bien los programas para los cuidadores familiares (Family Caregiver Programs) en Wisconsin satisfacen sus necesidades. Sus respuestas confidenciales se utilizarán para mejorar la calidad de nuestros servicios.

**Devuelva la encuesta a: Wisconsin Office on Aging  
 P.O. Box 2659**

**Madison, WI 53701-2659**

Esta encuesta también se puede llenar en línea en:  
<https://www.surveygizmo.com/s3/4129124/AFCSP-2018-Customer-Satisfcation-Survey> “

1. ¿Cuál condado o tribu proporcionó los servicios? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. La fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ¿Cómo se puso en contacto por primera vez con el programa de cuidadores sobre sus preocupaciones?
   1. En persona en un evento de la comunidad
   2. En persona en la unidad de envejecimiento/centro de recursos de envejecimiento y discapacidad
   3. Por teléfono
   4. Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre su solicitud de ayuda y su primera reunión o conversación con un miembro del personal sobre su solicitud?
   1. Menos de un día
   2. De un día a una semana
   3. Más de una semana
5. ¿Cómo calificaría la cantidad de tiempo que transcurrió hasta que conversó su situación con el personal?
   1. Muy largo
   2. Largo
   3. Neutral/No lo sé/No tengo una opinión
   4. Corto
   5. Muy corto
6. Califique los siguientes aspectos de su interacción con la persona que le habló:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muy bien | Bien | No tengo una opinión | Mal | Muy mal |
| 1. ¿Cómo sintió que el personal del programa le escuchó? |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Cómo sintió que el personal del programa entendió su situación? |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Cómo sintió que se respetó su privacidad? |  |  |  |  |  |
| 1. ¿En qué medida la información que recibió satisfizo sus necesidades? |  |  |  |  |  |

1. ¿Recomendaría que un amigo o familiar con necesidades similares se pusiera en contacto con la unidad de envejecimiento del condado/centro de recursos de envejecimiento y discapacidad/tribu?
   1. Sí
   2. No
   3. No lo sé
2. ¿Hay algo más que quiera decirnos sobre su experiencia?

***GRACIAS  
Por favor, devuelva la encuesta llena al***

***Wisconsin Office on Aging a la dirección que aparece en la parte superior de la página 1.*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**For Office Use Only**

|  |
| --- |
| **Program** |
| **AFCSP** |
| **NFCSP** |
| **Both** |