

**Encuesta Sobre la Experiencia del Cliente**  
(Customer Experience Survey)

Gracias por visitar nuestra agencia hoy. Para comprender nuestra calidad de atención, tenemos una breve encuesta sobre su visita. La encuesta le tomará menos de cinco minutos. Si no quiere responder alguna pregunta, puede dejarla en blanco. Sus respuestas se mantendrán privadas. **No escriba su nombre, dirección ni número de teléfono en este formulario.**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del condado/agencia tribal que visitó hoy: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál fue el motivo de su visita de hoy? Seleccione todas las opciones que correspondan.  
 Obtener información sobre los programas de beneficios  
 Solicitar beneficios  
 Renovar beneficios  
 Entregar documentos de verificación  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Asistir a una cita programada  
 Servicios QUEST/EBT  
 Recoger la correspondencia de mi programa  
 Hacer preguntas sobre mi caso o informar cambios
2. ¿El lugar que visitó tenía señales que permitieran encontrar dónde ir con facilidad? Seleccione una opción.  
 Sí  No
3. ¿Recibió un trato amable y respetuoso durante su visita? Seleccione una opción.  
 Sí  No  Un poco
4. ¿Se abordaron todas sus preguntas y preocupaciones durante la visita? Seleccione una opción.  
 Sí  No  Un poco
5. ¿Le brindaron información de forma clara y fácil de entender? Seleccione una opción.  
 Sí  No  Un poco
6. ¿Entiende cuáles son los próximos pasos para el motivo de su visita de hoy? Seleccione una opción.  
 Sí  No  Un poco
7. ¿Se sintió conforme con los servicios que recibió hoy? Seleccione una opción.  
 Sí  No  Un poco
8. ¿Sabía que puede usar la aplicación móvil MyACCESS para enviar sus documentos, actualizar su dirección y número de teléfono, obtener recordatorios sobre programas y comprobar el estado de sus beneficios? Seleccione una opción.  
 Sí  No  Un poco
9. ¿Está conforme con la calidad de los servicios bilingües que recibió hoy? Seleccione una opción.  
 Sí  No  Un poco  No corresponde
10. ¿Cuál es la forma que le resulta más adecuada para enterarse sobre los cambios en las políticas o requisitos del programa? Seleccione una opción.  
 Correo electrónico  Mensaje de texto  Llamada telefónica  Carta de una agencia  Reunión presencial

Comentarios adicionales:

**Agency Use Only**

Send completed forms quarterly to DHS, DMS, Attn: Customer Service Feedback, PO Box 309, Madison, WI 53701-0309