

COMENTARIOS DEL CLIENTE SOBRE LA AGENCIA LOCAL
LOCAL AGENCY CUSTOMER FEEDBACK

Para poder servirle mejor, le pedimos que complete este formulario con respecto a su visita a nuestra oficina en el día de hoy. **No es necesario que incluya su nombre, dirección o número de teléfono en este formulario. Todas las repuestas se mantendrán privadas.**

Lea cada una de las declaraciones a continuación y marque la casilla que mejor describa su opinión. Si la declaración no aplica a su situación, marque la casilla "N/A." Cuando termine, coloque ambas copias en la caja destinada para tal fin. Gracias por su cooperación.

Fecha de hoy	Nombre de la agencia del condado/tribu que visitó hoy
--------------	---

1. En general, estoy satisfecho con los servicios recibidos hoy en la oficina. (Marque una.)

- Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo N/A

2. Entendí lo que el personal me explicó acerca de los programas y los servicios que podía obtener. (Marque una.)

- Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo N/A

3. ¿Cuál fue el motivo principal de su visita de hoy?

4. El personal me explicó acerca de: (Marque todas la que correspondan.)

- FoodShare Medicaid/Badger Care Plus Otro

5. El personal me trató bien y con respeto. (Marque una.)

- Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo N/A

6. El personal fue servicial. (Marque una.)

- Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo N/A

7. Entendí lo que el personal me dijo que necesitaba hacer para obtener y mantener beneficios. (Marque una.)

- Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo N/A

8. Puedo llegar a la oficina durante las horas en que está abierta. (Marque una.)

- Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo N/A

9. La manera MÁS probable en que me ponga en contacto con la oficina cuando necesito ayuda o tengo una pregunta es: (Marque una.)

- En persona Por teléfono Por correo Por correo electrónico (e-mail)

10. Marque todo lo que corresponda.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No me proporcionaron la información necesaria. | <input type="checkbox"/> Recibí la ayuda que necesitaba. |
| <input type="checkbox"/> El servicio fue lento/larga la espera. | <input type="checkbox"/> Los servicios se proporcionaron a tiempo. |
| <input type="checkbox"/> El personal fue grosero. | <input type="checkbox"/> El personal fue servicial/profesional. |
| <input type="checkbox"/> Mis necesidades especiales no fueron acomodadas. | <input type="checkbox"/> Mis necesidades especiales fueron acomodadas. |
| <input type="checkbox"/> Mi experiencia, en general, fue desagradable | <input type="checkbox"/> Mi experiencia, en general, fue agradable |

11. ¿Ha sido usted restringido en la manera en que se pone en contacto con la agencia?

- No Sí

Comentarios adicionales

Agency Use Only

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

White Copy – County Agency Pink Copy – State