

**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, ni número de teléfono en este formulario. Toda la información se mantendrá privada.**

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 o Tribu que está visitando 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 servicios que podía obtener. (Marque una.)

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

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

FoodShare Medicaid / BadgerCare Plus Otro

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

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

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

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

6. 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

7. Cuando llamo a mi agencia local yo puedo. (Marque una.)

Hablar con alguien del personal Dejar un mensaje No puedo hablar con nadie o dejar un mensaje

8. Cuando dejo un mensaje el personal devuelve mis llamadas telefónicas dentro de (Marque una.)

1 Día 2 Días 3 Días 4 Días o más N/A

9. 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

10. ¿Cuál es la forma en que más le gusta comunicarse con la oficina cuando necesita ayuda o desea hacer una cita? (Marque una.)

En persona Por teléfono Por correo Por e-mail

11. Marque todo lo que corresponda:

<input type="checkbox"/> No proporcionaron la información necesaria	<input type="checkbox"/> Recibió la ayuda que necesitaba
<input type="checkbox"/> El servicio fue lento/larga 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"/> No se acomodaron necesidades especiales	<input type="checkbox"/> Se acomodaron las necesidades especiales
<input type="checkbox"/> En general la experiencia fue desagradable	<input type="checkbox"/> En general la experiencia fue agradable

Comentarios Adicionales:

**Agency Use Only — Send completed forms quarterly to:
DHS / DHCAA / BOC, Attn: K. Gugel, P.O. Box 309, Madison, WI. 53701**