**[*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 uso de sustancias que recibe a través de (CCS/CST program name). Si completa la encuesta voluntaria adjunta, proporcionará a su comunidad información útil para mejorar el acceso a una atención de calidad.

Toda la información que proporcione en la encuesta de satisfacción del Mental Health Statistical Improvement Program (MHSIP) es confidencial y anónima. El personal del programa no verá sus respuestas y su participación en esta encuesta no afectará directamente la experiencia de su hijo en el programa.

Cuando complete la encuesta:

* Piense en su experiencia con (CCS/CST program name) durante los últimos seis (6) meses. No piense en otros programas de salud y servicios humanos.
* La palabra "***personal***" se refiere a su consejero de CCS, coordinador de CST, encargado de casos, etc.
* La palabra "***servicio***" se refiere a los servicios que recibe de (CCS/CST program name).

Cuando devuelva la encuesta:

* No ponga su nombre en la encuesta o el sobre provisto.
* Devuelva la encuesta completa en el sobre con dirección y sello provisto.

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

Atentamente,