

Departamento de Servicios Sociales del Condado de Sampson

QUE TAL LE ESTAMOS SIRVIENDO?

Por favor complete este cuestionario sobre su visita al Departamento de Servicios Sociales. Su respuesta nos permitira atender mejor sus necesidades.

Por favor marque la casilla que mejor responde a la pregunta. Cuando se haya completado, por favor deje este panfleto en la caja de encuesta o mande a:

DSS
360 County Complex Rd; Suite 100
Clinton NC 28328

1. Las Recepcionistas fueran agradables y profesionales.

De Acuerdo Desacuerdo No Se Aplica

Comentarios _____

(utilice el otro lado si es necesario)

2. Si usted aplico para asistencia, cuanto tuvo que esperar despues de entregar el papeleo? _____

3. Tenia usted una cita? Si No

4. Esta es su primera visita a DSS? Si No

5. Para que servicios aplico?

- Manutencion Infantil Cupones de Alimento
 Trabajo Primero Asistencia de Emergencia
 Guardaría Servicios para Adultos
 Servicios de Bienestar Infantil
 Medicaid:
 Adulto Familia Atencion Médica a Largo Plazo
 Otro _____

6. Los programas fueron explicados claramente a usted.

De Acuerdo Desacuerdo No se aplica

Comentarios _____

(utilice el otro lado si es necesario)

7. Usted sintio que podia hacer preguntas y recibir respuestas precisas a las preguntas.

De Acuerdo Desacuerdo No se aplica

Comentarios _____

(utilice el otro lado si es necesario)

8. El edificio estaba limpio y comodo.

De Acuerdo Desacuerdo No se aplica

Comentarios _____

(utilice el otro lado si es necesario)

9. Siente que so derecho a la privacidad es importante para DSS.

De Acuerdo Desacuerdo No se aplica

Comentarios _____

(utilice el otro lado si es necesario)

10. Las trabajadoras de DSS fueron utiles.

De Acuerdo Desacuerdo No se aplica

Comentarios _____

(utilice el otro lado si es necesario)

11. ¿Fue usted tratado justamente?

De Acuerdo Desacuerdo No se aplica

Comentarios _____

(utilice el otro lado si es necesario)

12. Usted se fue del DSS sintiendo que comprendieron su situación y deseaban ayudarlo(aunque no pudieron).

De Acuerdo Desacuerdo No se aplica

Comentarios _____

(utilice el otro lado si es necesario)

Comentarios Adicionales

Opcional. Si podemos comunicarnos con usted acerca de sus comentarios. Por favor complete lo siguiente:

Nombre: _____

Telefono: _____

Direccion: _____

FECHA: _____



**Departamento de
Servicios Sociales del
Condado de Sampson**

**Sarah W. Bradshaw
Director**

**Encuesta de Satisfaccion
del Cliente
y
Forma de
Sugerencias**