

FRC: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ PUEBLO VIVE USTED? \_\_\_\_\_

**CENTRO DE RECURSOS FAMILIARES  
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN POR LOS SERVICIOS**

El Centro de Recursos Familiares (FRC, *Family Resource Center*) desearía conocer su experiencia con los servicios que ofrece. Por favor tómese unos minutos para completar esta breve encuesta para que podamos mejorar nuestros servicios. Si usted desea completar la encuesta en línea, por favor use este enlace:

<http://www.surveymoz.com/s3/3354726/FRC-Sat-Survey-ser-cover>

Tipo(s) de servicios recibidos. *Por favor marque todo lo que corresponda.*

- Apoyo general individual o familiar
- Información y referidos (ejemplos, GED, Despensas de alimentos, Vivienda, Referidos para salud mental)
- Grupos de apoyo (ejemplos: grupos de apoyo para madres, padres, adolescentes, para padres y madres latinos, abuelos)
- Talleres de destrezas para la vida (ejemplos: Clases de finanzas, Manejo de la ira o el estrés)
- Programas de educación para adultos (ejemplos: Capacitación para el empleo, Clases de computación)
- Programas de educación para niños (ejemplos: Head Start, Prescolar, Educación general, Colaboración con enlaces escolares)
- Eventos artísticos o culturales (ejemplos: Eventos culinarios, Poesía)
- Grupos de juego (ejemplos: Grupo de juego para padres/niños)
- Eventos deportivos y de recreación (ejemplos: Comidas al aire libre, Fiestas de días festivos, Eventos deportivos, Noches de diversión en familia)
- Evaluación para niños que requieren asistencia: colaboración con el clínico
- Niños que requieren asistencia con el Plan de apoyo familiar
- Otro \_\_\_\_\_

1. Piense en los servicios que usted recibió en los últimos 12 meses del Centro de Recursos Familiares, ¿en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones? *Por favor elija una respuesta para cada declaración.*

Comentarios	Completamente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Completamente en desacuerdo	No corresponde
La ubicación me resulta conveniente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El horario de atención del FRC me resulta conveniente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los servicios cubrieron mis necesidades y fueron útiles para mí y mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal nos trató a mí y a mi familia con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La situación de mi familia ha mejorado debido a los servicios que recibí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general, estoy muy satisfecho/a con los servicios proporcionados por el Centro de Recursos Familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recomendaría este FRC a otras familias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Qué otros servicios desearía usted que se ofrecieran en el Centro de Recursos Familiares?

3. ¿Le ha impedido alguno de los siguientes motivos participar en los programas o servicios?

(Por favor marque todo lo que corresponda)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Horario del programa                             | <input type="checkbox"/> Transporte       |
| <input type="checkbox"/> Lista de espera                                  | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil |
| <input type="checkbox"/> No me sentí bienvenido/a                         | <input type="checkbox"/> Idioma           |
| <input type="checkbox"/> No se ofrecía el tipo de programa que necesitaba | <input type="checkbox"/> Otro _____       |

**Comentarios adicionales:**

**Información general: (VOLUNTARIA)**

1. ¿Cuántos años tiene usted? \_\_\_\_\_

2. ¿Es usted padre o madre (ya sea biológico/a, adoptivo/a, padrastro o madrastra, o de crianza), o abuelo o abuela?

- Sí, padre/madre  
 Sí, abuelo/a  
 No

3. ¿Cuál es su género?

- Femenino  
 Masculino  
 Transgénero  
 Otro

4. ¿Cuál o cuáles de los siguientes diría usted que es su raza o grupo étnico?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano                       | <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Asiático                                    | <input type="checkbox"/> Hispano o latino                           |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco                                     |

5. ¿Por cuánto tiempo ha usado usted los servicios y programas del Centro de Recursos Familiares?

- Recién empecé (menos de 1 mes)  
 De 2 a 6 meses  
 De 6 a 12 meses  
 Más de un año

**¡GRACIAS POR SU OPINIÓN!**

*Apreciamos profundamente su participación en esta encuesta.*

*Nos ayudará a planificar los programas y los servicios futuros.*