

Evaluación del Programa Año Fiscal _____



Este programa está financiado en parte por el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marin. Al contestar a las siguientes preguntas, usted estará informando la futura planificación de los programas y servicios para los adultos mayores y los cuidadores en el condado de Marin. Es importante escucharlo de usted. La información que usted proporcione se mantiene confidencial.

Lugar: _____

Programa: _____

1. ¿Cuánto tiempo ha estado participando en este programa?
 Menos de un año 1 a 2 años 2 a 3 años 3 o más años

2. ¿Cómo se enteró de este programa? Marque todo lo que corresponda.
 Comunidad/centro para personas mayores Boletín (especifique): _____
 Amigo(a)/conocido/de boca en boca Proveedor de servicios
 Miembro de la familia Trabajador social/trabajador de caso
 El periódico Marin IJ Un volante publicado
 Otro (por favor especifique): _____

3. ¿Qué habría hecho si esta programa no estuviera disponible para usted?

4. ¿Usted utilizaría este programa otra vez en el futuro?
 Sí No No estoy seguro

5. ¿Qué probabilidad hay de que usted recomiende esta programa a un miembro de su familia, vecino o amigo?
 Muy probable Algo probable Nada probable

6. Si no es probable que usted recomiende este programa o servicio a alguien más, ¿Cuáles podrían ser sus razones? Por favor explique: _____

7. Por favor indique su nivel de acuerdo con las siguientes preguntas. Circule su nivel de acuerdo por cada pregunta.

| Pregunta | Totalmente | | | Totalmente |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | de acuerdo | De acuerdo | Desacuerdo | |
| Este programa es cumplió con mis expectativas. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Este programa es cumplió con mis necesidades. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Este programa es proporciona servicios de calidad. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Este programa es fue culturalmente apropiado. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Este programa es fácilmente accesible. | 4 | 3 | 2 | 1 |

8. En su opinión, ¿Cuál es la mejor parte de este programa? _____

9. ¿Qué podríamos mejorar para hacer este programa aún más exitoso? _____

10. ¿Qué otros servicios podría usted necesitar en este momento que usted no está recibiendo actualmente? _____

¡Gracias por completar este cuestionario!