

Evaluación del Programa Año Fiscal _____: Programa de Comidas a Domicilio



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.

Ciudad de residencia: _____ **Edad:** ____ **Ingreso/mes:** _____ **#Comidas recibidas/semana:** _____

1. En el último mes, ¿Cuál es la calidad de comidas que usted recibió? (marque uno)
- Excelente Buena Regular Pobre Muy pobre

Por favor escriba comentarios específicos o quejas: _____

2. En general, la porción de comida es (marque uno): Generosa Adecuada Inadecuada

Si es "Inadecuada," dé un ejemplo(s): _____

3. Escriba sus artículos favoritos del menú servidos en el programa de comida: _____

4. Escriba los artículos del menú que no le gustaron: _____

5. Escriba los artículos que le gustaría agregar al menú o que sean servidos con más frecuencia: _____

6. ¿Es la persona que le entrega sus comidas cortés y servicial? (marque uno)
- Siempre Algunas veces Necesita mejorar

7. En general, ¿Qué tan satisfecho (a) está usted con el programa de comidas?
- Muy satisfecho(a) Algo satisfecho(a) Nada satisfecho(a)

8. En general, ¿Cómo ha mejorado su salud y bienestar como resultado del programa de comida?
- Significativamente mejorada Algo mejorada Sigue igual


9. Me parece que la donación sugerida de \$3.50 para cada comida es:
- Muy alta Regular Muy baja

10. ¿Qué cree que es una donación sugerida apropiada por comida? \$ _____

11. ¿Las comidas entregadas a su casa le ayudan a mantenerle independiente? ____ Sí ____ No

Parte II: Preguntas de planificación del programa

12. ¿Cuánto tiempo tiene participando en el Programa de Comidas a Domicilio?
- Menos de un año 1 a 2 años 2 a 3 años 3 o más años

Turn over to the next page 

Evaluación del Programa Año Fiscal _____ : Programa de Comidas a Domicilio

13. ¿Cómo se enteró del Programa de Comidas a Domicilio? Marque todo lo que aplica
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comunidad/Centro para personas mayores | <input type="checkbox"/> Boletín (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Amigo/conocido/de boca en boca | <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios |
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Trabajador social/trabajador de caso |
| <input type="checkbox"/> Periódico IJ | <input type="checkbox"/> Un volante publicado |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ | |

14. ¿Qué habría hecho si el programa de Comidas a Domicilio no estuviera disponible para usted?

15. ¿Usted utilizaría el programa de Comidas a Domicilio otra vez en el futuro?
 Sí No No estoy seguro(a)

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

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

18. Por favor indique su nivel de acuerdo con las siguientes preguntas. Circule su nivel de acuerdo para cada pregunta.

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

19. En su opinión, ¿Cuál es la mejor parte del programa? _____

20. ¿En qué podríamos mejorar para hacer este programa más exitoso? _____

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

¡Gracias por completar este cuestionario!

