

Evaluación del Programa 2014



Inserte el logotipo
de su agencia aquí

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: _____

Parte II: Preguntas de planificación del programa

1. ¿Cuánto tiempo ha estado participando en el [programa financiado AAS]?
☐ Menos de un año ☐ 1 a 2 años ☐ 2 a 3 años ☐ 3 o más años
2. ¿Cómo se enteró del [programa financiado AAS]? 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 el [programa financiado AAS] no estuviera disponible para usted?

4. ¿Usted utilizaría este [programa financiado AAS] otra vez en el futuro?
☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
5. ¿Qué probabilidad hay de que usted recomiende el [programa financiado AAS] 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: _____

Turn over to the next page



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

Pregunta	Totalmente de acuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	De acuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Desacuerdo
El (Programa AAS) cumplió con mis expectativas.	4	3	2	1
El (Programa AAS) cumplió con mis necesidades.	4	3	2	1
El (Programa AAS) proporciona servicios de calidad.	4	3	2	1
El (Programa AAS) fue culturalmente apropiado.	4	3	2	1
El (Programa AAS) 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!