

Evaluación del Programa FY 2013-2014: Programa de Comidas a Domicilio



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.

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

Parte I: Preguntas de satisfacción del programa

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 FY 2013-2014: Programa de Comidas a Domicilio

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