Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

¡Díganos cómo es nuestro trato!

Tell us how we are doing!

El (fecha) _____ recibí una ☐ Visita ☐ Llamada telefónica ☐ Otro: _____

De parte del: ☐ Administrador de Caso/Recurso ☐ Administrador satélite ☐ Supervisor

☐ Administrador ☐ Trabajador Social ☐ Otro: _____

Soy un ☐ Cliente/Defensor ☐ Miembro familiar/Guardián ☐ Proveedor ☐ Otro: _____

Se me trató con respeto y cortesía.	☐ Siempre	☐ Generalmente	☐ En ocasiones	☐ Rara vez	☐ Nunca
Se me escuchó al hablar.	☐ Siempre	☐ Generalmente	☐ En ocasiones	☐ Rara vez	☐ Nunca
Se respondieron mis preguntas.	☐ Siempre	☐ Generalmente	☐ En ocasiones	☐ Rara vez	☐ Nunca
Recibí la informacion que buscaba.	☐ Siempre	☐ Generalmente	☐ En ocasiones	☐ Rara vez	☐ Nunca
Ahora sé qué debo hacer.	☐ Sí	☐ No			
Se me proporcionaron números para llamar si necesito asistencia.	☐ Sí	☐ No			

Comentarios:

Me gustaría hablar con alguien personalmente. La mejor hora para llamar es: _____

Número telefónico: _____

El nombre es opcional: _____. La dirección postal se encuentra al dorso de esta tarjeta. No necesita franqueo. Envíe esta carta por correo. **¡Muchas gracias!**

DSHS 04-434 SP (REV. 10/2002)