



Early Learning Coalition of the Nature Coast
Serving Citrus-Dixie-Gilchrist-Levy-Sumter Counties

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL CLIENTE

¡Usted es una persona MUY importante! ¿Nos dejaría saber como hicimos?

Fecha de Hoy: _____

Condado en el que Ud. VIVE : <input type="checkbox"/> Citrus <input type="checkbox"/> Dixie <input type="checkbox"/> Gilchrist <input type="checkbox"/> Levy <input type="checkbox"/> Sumter	PROGRAMA DE APRENDIZAJE TEMPRANO (Padre de familia)						
Cómo se dio cuenta del Programa de Aprendizaje Temprano? <input type="checkbox"/> Guía telefónica <input type="checkbox"/> Boletín informativo <input type="checkbox"/> Correo aéreo <input type="checkbox"/> Otra agencia <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Por medio de alguien	CALIFICACIÓN						COMENTARIOS O SUGERENCIAS
	Muy de Acuerdo 5	De Acuerdo 4	Neutro 3	En Desacuerdo 2	Muy en Desacuerdo 1	N/A	Por favor utilice este espacio para respuestas adicionales. Utilice otra hoja si es necesario.
1. Siento que la (el) Consejera(o) de Servicio al Cliente valoró mis opiniones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. De mi elección de lugares de cuidado infantil, me siento tranquilo(a) que mi niño(a) está en un lugar seguro que brinda un ambiente de apoyo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Los Términos y Condiciones del programa fueron claramente explicados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. La (el) Consejera(o) de Servicio al Cliente contestó todas mis preguntas y tenía un amplio conocimiento del programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. El ambiente de la oficina era limpio y ordenado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Recibí la asistencia solicitada y la información fue útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Se me ofreció una cita con una hora conveniente para mi horario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Mis llamadas telefónicas fueron contestadas rápidamente y mis mensajes fueron regresados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Si tuve una queja, fue manejado bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. La (el) Consejera(o) de Servicio al Cliente me ayudó a encontrar otros servicios que ofrece la comunidad (si es necesario).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. En general, estoy satisfecha(o) con los servicios recibidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Qué le gusta sobre el Programa de Aprendizaje Temprano?							
¿Qué cambios recomendaría?							
OPCIONAL: <input type="checkbox"/> Sí, me gustaría que un Supervisor de la Coalición de Aprendizaje Temprano me contactara referente al Programa de School Readiness/Programa de VPK (encierre con un círculo)							
Nombre	Número Telefónico					Mejor momento para contactarle	
Nombre de Consejero(a) de Servicio al Cliente	Fecha de devolución						