

NRCIL

Your Disability Rights and Resource Center

Encuesta de satisfacción de servicios

	Siempre	Generalmente	A veces	Nunca
¿Se siente en control de los servicios que recibe de NRCIL?				
¿Los miembros del personal de NRCIL pasan suficiente tiempo con usted?				
¿Está usted satisfecho con los servicios que recibió en NRCIL?				
¿El personal de NRCIL muestra respeto por usted, sus decisiones y sus cosas personales?				
¿Se siente seguro en NRCIL?				
¿Los miembros del personal de NRCIL lo escuchan atentamente?				
¿Los miembros del personal de NRCIL muestran interés en sus preguntas e inquietudes?				
¿Los miembros del personal de NRCIL explican las cosas de una manera fácil de entender?				
¿Con qué frecuencia los miembros del personal de NRCIL lo animan a hacer preguntas?				
¿El personal de NRCIL responde a todas sus preguntas de manera satisfactoria?				
¿Ha podido conseguir una cita a tiempo?				
¿Su defensor ha cancelado las citas con usted?				

¿Qué programa o programas del NRCIL utilizó? _____

Comentarios o inquietudes: _____

Información de contacto – OPCIONAL - _____