

**لمساعدتنا على خدمتكم بشكل أفضل،  
الرجاء تعبيء استبيان رضى العميل أدناه.**

١. الغرض من الزيارة/الاتصال

- |                                    |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> تقديم طلب | <input type="checkbox"/> تسلیم وثائق |
| <input type="checkbox"/> معلومات   | <input type="checkbox"/> تجديد       |
| _____ غير ذلك                      |                                      |
| _____ استئناف                      |                                      |
| _____ الموقع:                      |                                      |

٢. تاريخ الزيارة:

٣. أي مما يلي أفضّل وصف لك؟

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> أحد افراد الأسرة أو ممثل مفوض |
| <input type="checkbox"/> مقدم طلب جديد                 |
| <input type="checkbox"/> عميل/مستلم خدمات حالياً       |
| <input type="checkbox"/> متعدد/محامي                   |

٤. هل تلقيت خدمة مهذبة؟  نعم  لا

٥. هل كنت راضياً عن المعلومات التي تلقيتها؟  نعم  لا

٦. من كان الموظف الذي قام بخدمتك؟

٧. ما الذي قمنا به بشكل جيد؟

٨. ما الذي كان يمكننا القيام به بشكل أفضل؟

٩. بشكل عام، ما مدى رضاك عن الخدمة التي تلقيتها؟  
 أعراض بشدة  أعراض  أافق  أافق بشدة

١٠. لو كنت تود الحصول على إجابة لأي من تعليقاتك،  
يرجى طباعة اسمك الكامل وعنوانك ورقم هاتفك أدناه.(اختياري):

الاسم الأخير

الاسم الأول

الرمز البريدي

المدينة

العنوان

عنوان البريد الإلكتروني:

رقم الهاتف النهاري



LIVE WELL  
SAN DIEGO

عميلنا العزيز،

تلتزم مقاطعة سان دييغو بتزويد كل فرد من عملائنا بتجربة إيجابية، ونود أن نسمع آراءك. ستساعدنا مشاركتك على تقديم خدمة متميزة، وسيتم التعامل معها بسرية تامة إذا طلبت ذلك. شكرًا لك على مشاركتك.

يرجى طي الاستبيان وغلاقه بإحكام عند الخط المثبت، ووضعه في صندوق بريد في أحد مراكز موارد الأسرة أو في البريد الأميركي. شكرًا لك.

## هل تعلم؟

يمكنك إجراء المعاملات التالية دون الحضور إلى أي من مراكز موارد الأسرة.

يرجى استخدام الموارد التالية للحصول على خدماتنا

مركز الاتصال  
1-866-262-9881

BenefitsCal  
[www.benefitscal.com](http://www.benefitscal.com)

البريد الأميركي  
County of San Diego  
P.O. Box 85031

San Diego, CA 92186-9920

- تقديم طلب لبرامج المساعدات
- الاستفسار عن مبلغ المساعدات
- التبلیغ عن أي تغيرات
- تقديم مستندات وتفاریر
- تقديم مستندات التجديد السنوي
- طلب بطاقة المساعدات

POSITIVE = POSITIVE  
APPROACH = EXPERIENCE



LIVE WELL  
SAN DIEGO

**YOUR  
OPINION  
COUNTS!**

رأيكم يهمنا!

نود السماع منكم

استبيان رضى عملاء التأهل

**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 10326 SAN DIEGO, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

COUNTY OF SAN DIEGO  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
SELF-SUFFICIENCY SERVICES  
1255 IMPERIAL AVE. SUITE 400  
SAN DIEGO CA 92101-9850



يرجى طي الاستبيان وغلاقه بإحكام عند الخطا المتفق عليه  
في صندوق بريد في أحد مراكز موارد الأسرة أو في البريد  
الأميركي.  
شكراً لك.