



Estimado Cliente,

El condado de San Diego se ha comprometido a brindar a cada uno de nuestros clientes una experiencia positiva y nos gustaría saber lo que piensa. Su opinión nos ayudará a proporcionar un servicio excepcional y sus respuestas se mantendrán estrictamente confidenciales, si así lo desea. Gracias por su participación.

Por favor doble y selle esta encuesta en la línea perforada, y póngala en la caja de correo de algún Centro de Recursos Familiares o en el buzón del Servicio Postal.

¡Gracias!

## ¿Sabía?

### Usted puede hacer estas cosas sin venir a un Centro de Recursos Familiares:

- ◆ Solicitar beneficios
- ◆ Revisar la cantidad de sus beneficios
- ◆ Reportar cambios
- ◆ Entregar reportes y verificaciones
- ◆ Pedir una tarjeta electrónica de beneficios (EBT)
- ◆ Entregar documentos de renovación

Por favor use los siguientes recursos para obtener acceso a nuestros servicios:

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

Access—Centro de  
Servicios al Consumidor  
1-866-262-9881

Correo  
County of San Diego  
P.O. Box 85031  
San Diego, CA 92186-  
9920

POSITIVE = POSITIVE  
APPROACH EXPERIENCE

Para ayudarnos servir a usted mejor,

## Por favor llene esta Encuesta de Satisfacción al Cliente

1. Propósito de su visita/contacto:

- ☐ Solicitud ☐ Renovación ☐ Entrega de documentos  
☐ Información ☐ Apelación ☐ Otro

2. Fecha de su visita: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál de estos mejor describe a usted?

- ☐ Solicitante Reciente ☐ Familiar o Representante Autorizado  
☐ Cliente Reciente/Beneficiario ☐ Proveedor, asesor

4. ¿Recibió servicio cortés? ☐ Si ☐ No

5. ¿Quedó satisfecho/a con la información que recibió? ☐ Si ☐ No

6. ¿Quién de nuestro personal le ayudó? \_\_\_\_\_

7. ¿Qué hicimos bien?

8. ¿Qué podríamos haber hecho mejor?

9. En general, ¿está satisfecho/a con el servicio que recibió?

☐ 1-En total desacuerdo ☐ 2-En desacuerdo ☐ 3-Acuerdo ☐ 4-Totalmente de acuerdo

10. (Opcional) Si le gustaría obtener respuesta a cualquiera de sus comentarios, por favor apunte abajo su nombre completo, dirección, y número de teléfono:

Nombre	Apellido	
Dirección	Ciudad	Código Postal
Número de Teléfono de Día	Correo Electrónico	



NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



**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



LIVE WELL  
SAN DIEGO



**YOUR  
OPINION  
COUNTS!**

**¡Su Opinion Cuenta!**

*Por favor, doble y selle la encuesta en la línea perforada y póngala  
en el buzón del Centro de Recursos Familiares o en un buzón del  
correo postal.*

*¡Gracias!*

**¡Queremos Escuchar Su Opinión!**

**Encuesta de Satisfacción de Cliente de Elegibilidad**