



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
- ◆ Ordenar una tarjeta electrónica de beneficios (EBT)
- ◆ Entregar documentos de renovación

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

MisBeneficios CalWIN <a href="http://www.mybenefitscalwin.org">www.mybenefitscalwin.org</a>	Access—Centro de Llamadas 1-866-262-9881
App Móvil CalWIN <a href="http://www.sandiegocounty.ca.gov">www.sandiegocounty.ca.gov</a>	Correo County of San Diego P.O. Box 85031 San Diego, CA 92186-9920



Para ayudarnos a servirlo mejor,

### Por favor llene esta Encuesta de Satisfacción al Cliente

1. Propósito de su visita/contacto:

- Solicitud     Reno-     vación    Entrega de documentos  
 Información     Apelación     Otro

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

3. ¿Cuál de estos lo describe mejor?

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

4. ¿Recibió servicio cortés?     Si     No

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

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

7. ¿Qué hicimos bien?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿Qué podríamos haber hecho mejor?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

Nombre	Apellido	
Domicilio	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

ELIGIBILITY OPERATIONS  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
1255 IMPERIAL AVE STE 446  
SAN DIEGO CA 92101-9850



*Por favor, doblar y sellar la encuesta en la línea perforada y ponlo en la caja en el Family Resource Center o en un buson de correo de US.*

*¡Gracias!*



COUNTY OF SAN DIEGO  
**HHS**A  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

 **LIVE WELL**  
SAN DIEGO



**¡Su Opinion Cuenta!**



**¡Queremos Escuchar Su Opinión!**

Eligibility Customer Satisfaction Survey  
**Encuesta de Satisfacción del Cliente de Elegibilidad**