



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

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-Acordio 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	



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



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

[REDACTED ADDRESS LINES]



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