

SAFELIGHT SATISFACCION DE SERVICIOS

Fecha de hoy: _____

Queremos saber cómo se siente acerca de los servicios que ofrece Safelight. Sus respuestas ayudarán a mejorar los servicios de Safelight.

Marque el/los servicios recibidos de Safelight y marque con un círculo su nivel de satisfacción.

___ línea de crisis 24 horas	Muy Satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
___ Manejo de casos	Muy Satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
___ Exámen Médico de Niños	Muy Satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
___ Asesoramiento	Muy Satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
___ Defense judicial	Muy Satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
___ Refugio de emeergencia	Muy Satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
___ promoción de la sala de emergencias	Muy Satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
___ Entrevista Forense	Muy Satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
___ Capacitación para el trabajo	Muy Satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
___ Acompañamiento de aplicación de la ley	Muy Satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
___ Grupos de apoyo	Muy Satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy Insatisfecho

¿Está satisfecho usted con los servicios recibidos en Safelight? (Circule uno)

Muy Satisfecho Satisfecho Neutral Insatisfecho Muy Insatisfecho

¿Si usted pasó un tiempo en el Albergue de Emergencia, está saliendo para ir a un lugar seguro? (Circule uno)

SI NO Si respondió sí, ¿cuanto tiempo estuvo con nosotros? _____

¿Estuvo el personal disponible y fue de ayuda? (circle one) SI NO

¿Que el personal en particular y por qué?

¿Como beneficio de los servicios de Safelight? "Después de Safelight yo _____."

___ siente escuchada	___ se siente menos estresada	___ aumento mi conocimiento de
___ siento más segura	___ y menos ansiedad	los recursos locales
___ sentia más esperanza	___ Disminución del aislamiento	
___ para el future	___ se sentía más seguro	___ aumento mi conocimiento de la
___ siente apoyo emocionalmente	___ Mayor conocimiento sobre las	violencia doméstica, agresión
	formas de mantenerse a salvo	sexual y maltrato infantil

¿Recomendaría los servicios de Safelight a otras personas? (circulo uno) SI NO TAL VEZ

¿Regresaría a Safelight para más servicios? (circle one) SI NO TAL VEZ

¿Que aspecto del programa fue más útil para usted?

¿Que aspecto del programa fue menos útil para usted?

Nos encantaría escuchar más de usted. Sus ideas y experiencia son muy importantes. Por favor escriba o envíe un mensaje electrónico con ideas o comentarios: info@safelightfamily.org o envíe correo a 133 5th Ave W, Hendersonville, NC 28792