

Cuestionario de Comentarios para la Familia

Family Feedback Questionnaire

Por favor, lea los enunciados a continuación con respecto a su experiencia con la Administración de Niños y con la junta del Equipo Familiar para la Toma de Decisiones. Marque las casilla que se adecue mejor a lo que siente.

La información se utilizará para ayudar al trabajo de la Administración de Niños con las familias en el futuro.

NOMBRE DE LA OFICINA

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	NO CORRESPONDE
1. La FTDM fue facilitada de manera auténtica y respetuosa.	<input type="checkbox"/>				
2. El proceso de la reunion se explicó claramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
3. Me sentí escuchado, y mis ideas y sugerencias fueron utilizadas en el desarrollo de planes para mi familia.	<input type="checkbox"/>				
4. Entiendo lo que tengo que hacer para mantener seguro a mi hijo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A

También me gustaría mencionar. . .