

## 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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. . .