

Encuesta sobre la reunión para el plan de servicio centrado en la persona Person Centered Service Plan Meeting Survey

Por favor, tómese unos momentos para contarnos acerca de su reciente reunión para el plan de servicio centrado en la persona con su Administrador de caso. La encuesta es anónima. Puede contestarla usted u otra persona en su nombre, y sirve para ayudarnos a servirle mejor. Marque la casilla que describa mejor su respuesta a cada pregunta y devuelva la encuesta usando el sobre con dirección que se incluye.

NO.	(1) SÍ	(2) NO	(3) NO ESTOY SEGURO(A)	ENCUESTA SOBRE LA REUNIÓN PARA EL PLAN DE SERVICIO CENTRADO EN LA PERSONA DE DDA
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pudo usted decidir quién asistió a su reunión?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pudo usted decidir la hora y el lugar de su reunión?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sus aportaciones orientaron la reunión?
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se habló sobre sus metas personales al elaborar su plan?
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su administrador de casos habló con usted sobre las opciones de servicio que tenía disponibles?
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se le dio a elegir entre proveedores de servicios?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Elegió usted en dónde y cómo se le proporcionarán los servicios?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su administrador de caso revisó el plan del año pasado y le preguntó cuáles apoyos están funcionando y cuáles no?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se abordaron las inquietudes que usted pudiera tener en su nuevo plan?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Recibió información sobre recursos y servicios disponibles para cumplir sus objetivos?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se hicieron planes para satisfacer las inquietudes de salud y seguridad que usted tuviera?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su administrador de caso habló con usted sobre su plan para emergencias?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sabe con quién comunicarse si sus necesidades cambian antes de la siguiente evaluación?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su administrador de caso le dijo que puede llamar al 1-866-END-HARM (1-866-363-4276) en cualquier momento para reportar maltrato o descuido?
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su administrador de caso le explicó la notificación de acción planeada y cómo apelar si no está de acuerdo con la DDA respecto a sus servicios?
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está contento(a) con los servicios que recibe?
17.	Utilice el siguiente espacio para darnos información acerca de lo que salió bien o para comunicarnos sus sugerencias para mejorar su reunión.			

Devuelva esta encuesta usando el sobre adjunto que ya tiene sello y dirección, o envíela a:

Department of Social and Health Services
Developmental Disabilities Administration (DDA)
Attention: Quality Assurance
PO Box 45310
Olympia WA 98504-5310

