



Encuesta de satisfaccion del cliente FY2026

1. Marque todos los servicios que recibió de nuestra agencia para su hogar en los últimos 12 meses:

- ☐ LIHEAP/ayuda con pagps de calefacción
- ☐ Despensa de alimentos
- ☐ Ayuda con productos de higiene
- ☐ WIC (mujeres, infantes y niños) programa nutricional
- ☐ Head Start (pre-escolar)
- ☐ Temprana Head Start (guarderia)
- ☐ Información general/referencial
- ☐ Reparos/reemplazo de calefacción
- ☐ Asistencia con ropa
- ☐ FADSS (Desarrollo familia y autosuficiencia)
- ☐ Asistencia de vivienda o alquiler
- ☐ Ayuda de emergencia de los servicios públicos
- ☐ Refacciones de Vivienda para persona de la tercera edad
- ☐ Climatización
- ☐ Otros servicios: _____
- ☐ Ningún servicio

2. Recibí la informacion y servicios que necesitaba: ____ Si ____ No ____ N/A (no aplica a ninguna opción)

a. Comentarios _____

3. ¿Qué programas adicionales me gustaría que Community Action ofreciera?: _____

4. Tuve una experiencia positive cuando recibí servicios: ____ Si ____ No ____ N/A (no aplica)

a. Comentarios _____

5. Me informaron acerca de otras agencias y otros servicios comunitarios: ____ Si ____ No ____ N/A

6. Existe algun problema o necesidad en que usted o su familia a enfrentado en los ultimos 12 meses, en los cuales no pudo recibir asistencia? ____ Si ____ No Si marco SI, por favor escribe los problemas y/o necesidades: _____

Continuar en la página siguiente.



7. ¿Cuales son los desafíos más grandes que su hogar está enfrentando en la actualidad? Mrque todos los que aplican a su situación:

- ☐ Trabajo
 - ☐ Empleo con salario digno
 - ☐ Mantener un empleo
- ☐ Obtener alimentos
- ☐ Presupuesto de alimentos
- ☐ Conseguir artículos de hygiene básicos (pañales, productos para uso femenino, jabón, etc)
- ☐ Salud física
- ☐ Salud mental
- ☐ Obtener servicios médicos
- ☐ Costos de atención médica/facturas, recibos
- ☐ Presupuesto
- ☐ Deuda
- ☐ Préstamos de día de pago
- ☐ Casa?
- ☐ Transporte
- ☐ Educación para adultos/formación
- ☐ Educación infantil
- ☐ Seguridad
- ☐ Situaciones legales
- ☐ Abuso
- ☐ Abuso de sustancias
- ☐ Encontrar cuidado de niños
- ☐ Pagar/costo de cuidado de los niños
- ☐ Cuidado de los niños durante horas necesitadas?
- ☐ Otros: _____

8. ¿Tiene alguna sugerencia para que Community Action (Comunidad en Acción) mejore sus servicios? ____

9. ¿Cómo ha hecho una ayuda o diferencia Community Action en su vida o familia? _____

10. Círcule el condado donde vive:

a. Des Moines, Henry, Lee, Louisa, Muscatine, Washington, otro: _____

11. Fecha: _____

¡Gracias por compartir! Ésta información será usada para mejorar los servicios de Community Action, para planificar y implementar programas y servicios.

Opcional: ¿Le gustaría comparti su historia de colaboración?, Si le gustaría, por favor escribe su nombre, número de teléfono y su email (si tiene uno): _____