

## Encuesta de satisfacción del cliente de 2021 del Centro para la vida independiente (CIL) del Estado de Nueva York

Esta encuesta le brinda la oportunidad de expresar su opinión sobre los servicios que recibió en su Centro para la vida independiente local. Los resultados ayudarán a los centros a comprender las áreas de fortaleza y las mejoras necesarias. Esta versión accesible está destinada para las personas que tienen dificultades para navegar una encuesta en línea.

Subraye, **marque en negrita** o **resalte** sus respuestas a cada pregunta. Hacia el final de la encuesta, encontrará un espacio para ingresar comentarios si lo desea. Al finalizar, envíela por correo electrónico a la persona que se la envió. ¡Gracias por su ayuda para hacer que su centro sea lo mejor posible!

**Pregunta n.º 1: ¿De qué Centro para la vida independiente (Center for Independent Living, CIL) recibió servicios durante el año pasado?**

**Pregunta n.º 2: El personal y yo pudimos comunicarnos sobre mis necesidades de manera fácil y clara.**

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo | N/C

**Pregunta n.º 3: El personal estaba preparado para trabajar conmigo para resolver los problemas.**

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo | N/C

**Pregunta n.º 4: El personal me trató con respeto.**

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo | N/C

**Pregunta n.º 5: En la mayoría de los casos, el personal me respondió puntualmente.**

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo | N/C

**Pregunta n.º 6: El personal me ayudó a desarrollar un plan para alcanzar mis objetivos.**

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo | N/C

**Pregunta n.º 7: Logré tomar decisiones sobre los servicios que recibí.**

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo | N/C

**Pregunta n.º 8: Los servicios que recibí me ayudaron a sentirme más confiado.**

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo | N/C

**Pregunta n.º 9: El personal me ayudó a comprender las opciones y servicios disponibles para mí.**

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo | N/C

**Pregunta n.º 10: Estoy satisfecho con el apoyo y los servicios que recibí.**

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo

**Pregunta n.º 11: Recomendaría el centro a otras personas.**

Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo

**Pregunta n.º 12: Incluya cualquier comentario adicional a continuación:**

**Información demográfica (opcional):** indique su información para ayudarnos a comprender mejor a las personas a las que prestamos servicios.

**13. ¿Cuál es su género? (Seleccione una opción)**

Masculino

Femenino

Prefiere no responder

Otro (identifíquese) \_\_\_\_\_

**14. ¿A qué grupo de edad pertenece? (Seleccione una opción)**

Menos de 5 años

5-19 años

20-24 años

25-59 años

Más de 60 años

No disponible

Prefiere no responder

**15. ¿A qué grupo étnico pertenece o con cuál se identifica? (Seleccione una opción)**

Asiático

Negro o afroamericano

Hispano/Latino

Nativo americano

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Multirracial (dos o más razas)

No sabe

Blanco

Otro

Prefiere no responder

**16. ¿Con cuál de estos grupos marginados o desplazados de la comunidad se identifica? (Seleccione todas las opciones que correspondan)**

Minorías con discapacidades

LGBTQIA con discapacidades

Veteranos con discapacidades

Juventud/Adultos jóvenes con discapacidades  
Personas de mayor edad con discapacidades  
Inmigrantes con discapacidades  
Personas sordas/ciegas  
Residentes rurales con discapacidades  
Otro (identifíquese a continuación)

**17. ¿Qué tipo de discapacidad o discapacidades tiene? (Seleccione todas las opciones que correspondan)**

- Cognitiva:
  - Autismo
  - Epilepsia
  - Discapacidad intelectual
  - Discapacidad del aprendizaje
  - Otras discapacidades cognitivas
  - Lesiones traumáticas y otras lesiones cerebrales
  
- Física:
  - Amputación
  - Lesión en la espalda
  - Parálisis cerebral
  - Enfermedades ambientales y otras enfermedades relacionadas
  - VIH/SIDA
  - Distrofia muscular
  - Neuromuscular
  - Otra anomalía congénita
  - Otras discapacidades físicas
  - Ortopédica
  - Espina bífida
  - Lesión en la médula
  
- Mental:
  - Discapacidades emocionales/conductuales
  - Diagnóstico de salud mental
  - Otras enfermedades mentales
  - Abuso de sustancias
  
- Sensorial:
  - Ceguera
  - Sordera y ceguera
  - Sordera

Dificultades auditivas  
Visión deficiente (visión parcial)  
Otras discapacidades sensoriales

- Discapacidades múltiples (dos o más)
- Otra discapacidad (identifique a continuación)

GRACIAS POR DEDICAR UN TIEMPO A COMPLETAR ESTA ENCUESTA