NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 10326 SAN DIEGO, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

ELIGIBILITY OPERATIONS
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
1255 IMPERIAL AVE STE 446
SAN DIEGO CA 92101-9850

Please fold and seal the survey at the perforated line, and place in a drop box at a Family Resource Center or a US Mailbox.

Thank you.

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

LIVE WELL
SAN DIEGO

Eligibility Customer Satisfaction Survey

COUNTY OF SAN DIEGO HHSA HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

LIVE WELL SAN DIEGO

Dear Customer,

The County of San Diego is committed to provide every one of our customers with a positive experience and we would like to hear your thoughts. Your input will help us provide exceptional service and your responses will be kept strictly confidential, if requested. Thank you for your participation.

Please fold and seal the survey at the perforated line, and place in a drop box at a Family Resource Center or a US Mailbox.

Thank you.

Did you know?

You can do these things without coming into a Family Resource Center:

- **Apply for Benefits**
- **Check on your Benefit Amount**
- **Report Changes**
- **Submit Verifications and Reports**
- **Order an Electronic Benefit Card (EBT)**
- **Submit Renewal Documents**

Please use the resources below to access our services:

My Benefits CalWIN
www.mybenefitscalwin.org

Access Call Center
1-866-262-9881

CalWIN Mobile App
www.sandiegocounty.gov

US Mail
County of San Diego
P.O. Box 85031
San Diego, CA 92186-9920

POSITIVE APPROACH = POSITIVE EXPERIENCE

To help us serve you better,

Please complete the Customer Satisfaction Survey below

1. Purpose of your visit/contact:

   ☐ Application ☐ Renewal ☐ Provide Documents
   ☐ Information ☐ Appeals ☐ Other

2. Date of Visit: _____ Location: _____
3. Which of the following best describes you?

   ☐ Recent Applicant ☐ Family Member or Authorized Representative
   ☐ Current Customer/Recipient ☐ Provider, advocate

4. Did you receive courteous service? ☐ Yes ☐ No
5. Were you satisfied with the information you received? ☐ Yes ☐ No
6. Who was the staff person who served you? _____
7. What did we do well?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

8. What could we have done better?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

9. If you would like a response to any of your comments, please PRINT your full name, address and phone number below (optional):

First Name	Last Name	
Address	City	Zip Code
Daytime Telephone Number	Email Address:	

(June 2015)

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 10326 SAN DIEGO, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

ELIGIBILITY OPERATIONS
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
1255 IMPERIAL AVE STE 446
SAN DIEGO CA 92101-9850

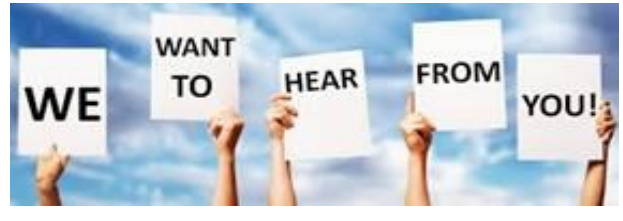
Por favor, doblar y sellar la encuesta en la línea perforada y ponlo en la caja en el Family Resource Center o en un buson de correo de US.

¡Gracias!

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

LIVE WELL
SAN DIEGO

¡Su Opinion Cuenta!



¡Queremos Escuchar Su Opinión!

Eligibility Customer Satisfaction Survey

Encuesta de Satisfacción del Cliente de Elegibilidad

COUNTY OF SAN DIEGO HHSA HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

LIVE WELL SAN DIEGO

Estimado Cliente,

El Condado de San Diego se ha comprometido a brindar a cada uno de nuestros clientes una experencia positiva y nos gustaría saber lo que piensa. Su opinión nos ayudará a proporcionar un servicio excepcional y sus respuestas se mantendrán estrictamente confidenciales, si así lo desea. Gracias por su participación.

Por favor doble y selle esta encuesta en la línea perforada, y póngala en la caja de correo de algún Centro de Recursos Familiares o en el buzón del Servicio Postal.

Gracias !

¿Sabía?

Usted puede hacer estas cosas sin venir a un Centro de Recursos Familiares:

- Solicitar beneficios
- Revisar la cantidad de sus beneficios
- Reportar cambios
- Entregar reportes y verificaciones
- Ordenar una tarjeta electrónica de beneficios (EBT)
- Entregar documentos de renovación

Por favor use los siguientes recursos para obtener acceso a nuestros servicios:

MisBeneficios CalWIN
www.mybenefitscalwin.org

Access—Centro de Llamadas
1-866-262-9881

App Móvil CalWIN
www.sandiegocounty.gov

Correo
County of San Diego
P.O. Box 85031
San Diego, CA 92186-9920

POSITIVE APPROACH = POSITIVE EXPERIENCE

Para ayudarnos a servirlo mejor,

Por favor llene esta Encuesta de Satisfacción al Cliente

1. Propósito de su visita/contacto:

☐ Solicitud ☐ Renovación ☐ Entrega de documentos
☐ Información ☐ Apelación ☐ Otro

2. Fecha de su visita: _____ Oficina: _____

3. ¿Cuál de estos lo describe mejor?

☐ Solicitante Reciente ☐ Familiar o Representante Autorizado
☐ Cliente Reciente/Beneficiario ☐ Proveedor, ascesor

4. ¿Recibió servicio cortés? ☐ Si ☐ No

5. ¿Quedó satisfecho con la información que recibió? ☐ Si ☐ No

6. ¿Quién de nuestro personal le asistió? _____

7. ¿Qué hicimos bien?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

8. ¿Qué podríamos haber hecho mejor?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

9. Si le gustaría obtener respuesta a cualquiera de sus comentarios, por favor apunte abajo su nombre completo, domicilio y número de teléfono (opcional):

Nombre	Apellido	
Domicilio	Ciudad	Código Postal
Número de Teléfono de Día	Correo Electrónico	

(June 2015)

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 10326 SAN DIEGO, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

ATTENTION_____
ELIGIBILITY OPERATIONS
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
1255 IMPERIAL AVE STE 446
SAN DIEGO CA 92101-9850

Xin gấp lại và che kín bản thăm dò ý kiến theo đường có đục lỗ, và bỏ vào hộp thư tại một Trung Tâm Tài Nguyên Gia Đình hoặc một Hộp Thư Bưu Điện Hoa Kỳ. Cám ơn quý vị.

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

LIVE WELL
SAN DIEGO

Ý kiến của quý vị có giá trị!

CHÚNG TÔI MUỐN NGHE TỪ NƠI QUÝ VỊ!

Cuộc Thăm Dò Mức Hài Lòng Của Khách Hàng Hợp Lệ

COUNTY OF SAN DIEGO HHSA HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

LIVE WELL SAN DIEGO

Quý Khách Hàng Thân Mến,

Quận San Diego cam kết sẽ cung cấp cho mỗi khách hàng một kinh nghiệm tốt đẹp và chúng tôi muốn nghe cảm tưởng của quý vị. Ý kiến của quý vị sẽ giúp chúng tôi cung cấp dịch vụ xuất sắc và những câu trả lời của quý vị sẽ được triệt để giữ kín, nếu quý vị yêu cầu. Cảm ơn sự tham gia của quý vị.

Xin gấp lại và che kín bản thăm dò ý kiến theo đường có đục lỗ, và bỏ vào hộp thư tại một Trung Tâm Tài Nguyên Gia Đình hoặc một Hộp Thư Bưu Điện Hoa Kỳ.

Cảm ơn quý vị.

Quý vị có biết?

Quý vị có thể làm những điều này mà không cần đến Trung Tâm Tài Nguyên Gia Đình:

- **Nộp đơn xin hưởng Quyền Lợi**
- **Xem xét Số Lượng Quyền Lợi**
- **Báo Cáo Những Thay Đổi**
- **Nộp Giấy Chứng Nhận và Báo Cáo**
- **Xin Thẻ Quyền Lợi Điện Tử (EBT)**
- **Nộp Giấy Tờ Xin Gia Hạn**

Xin dùng các phương tiện dưới đây để sử dụng các dịch vụ của chúng tôi:

Quyền Lợi Của Tôi CalWIN
www.mybenefitscalwin.org

Sử Dụng Trung Tâm Điện Thoại
1-866-262-9881

CalWIN Ứng Dụng trên Điện Thoại Di Động
www.sandiegocounty.gov

Thư Bưu Điện Hoa Kỳ
County of San Diego
P.O. Box 85031
San Diego, CA 92186-9920

GIẢI PHÁP TÍCH CỰC = KINH NGHIỆM TỐT ĐẸP

Để giúp chúng tôi phục vụ quý vị tốt đẹp hơn,

Xin điền Bản Thăm Dò Sự Hài Lòng Của Khách Hàng dưới đây

1. Mục đích của quý vị khi thăm viếng/liên lạc:

☐ Đơn xin ☐ Gia hạn ☐ Cung cấp các tài liệu
☐ Tin tức ☐ Kháng cáo ☐ Các vấn đề khác

2. Ngày thăm viếng: _____ Địa điểm: _____
3. Những điểm nào sau đây miêu tả quý vị cách chính xác nhất?

☐ Người mới nộp đơn xin gần đây ☐ Thân nhân trong gia đình hoặc đại điện được Ủy Quyền
☐ Khách hàng/người nhận hiện thời ☐ Người cung cấp, bênh vực

4. Quý vị có được phục vụ một cách lich sự không? ☐ Có ☐ Không
5. Quý vị có hài lòng với những chi tiết quý vị nhận được không? ☐ Có ☐ Không
6. Ai là người trong ban nhân viên đã phục vụ quý vị? _____
7. Chúng tôi đã làm điều gì một cách tốt đẹp?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

8. Chúng tôi lẽ ra đã có thể làm gì tốt hơn?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

9. Nếu quý vị muốn được trả lời về bất cứ một ý kiến nào, xin VIẾT HOA trọn tên quý vị, địa chỉ và số điện thoại dưới đây (không bắt buộc):

Tên	Họ	
Địa Chỉ	Thành Phố	Mã Số Zip
Số Điện Thoại Ban Ngày	Địa Chỉ Email	

(June 2015)

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 10326 SAN DIEGO, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

ATTENTION_____
ELIGIBILITY OPERATIONS
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
1255 IMPERIAL AVE STE 446
SAN DIEGO CA 92101-9850

Please fold and seal the survey at the perforated line, and place in a drop box at a Family Resource Center or a US Mailbox.

Thank you.

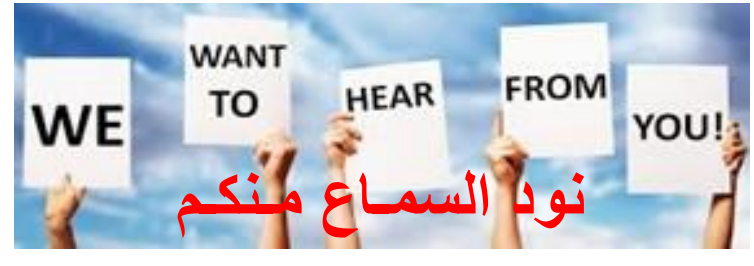
ألرجاء طي ورقة الاستبيان وإغلاقها بإحكام ووضعها في صندوق البريد الخاص بمركز موارد الأسرة او صندوق بريد الولايات المتحدة

شكرا لتعاونكم

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

LIVE WELL
SAN DIEGO

رأيكم يهمنا!



Eligibility Customer Satisfaction Survey

أستبيان أرضاء عملاء ألاهلية

لمساعدتنا في خدمتكم بشكل افضل

الرجاء إكمال الاجابة على الأسئلة التالية

1. **الغرض من الزيارة :**

تقديم طلب ☐ تجديد ☐ تقديم مستندات ☐
معلومات ☐ إستئناف ☐ غيره ☐

2. **تاريخ الزيارة :** _____ **الموقع :** _____

3. **أي من العبارات تصفك بافضل وجه :**

طلب جديد ☐ ممثل مفوض ، احد افراد ألاسرة ☐ مراجع حالى/ مستلم ☐
متعهد/ محامي ☐

4. **هل حصلت علي خدمة مهذبة/لبقة؟** **نعم** ☐ **لا** ☐
5. **هل كنت راض عن المعلومات التي تلقيتها؟** **نعم** ☐ **لا** ☐
6. **من الموظف الذي قام بخدمتك ؟** _____
7. **ماذا فعلنا جيداً ؟**

_____
_____
_____
_____
_____
_____

8. **ماذا بإمكاننا ان نفعل أفضل؟**

_____
_____
_____
_____
_____
_____

9. **إذا كنت ترغب في الرد على أي من ملاحظاتك من قبل المقاطعة، يرجى طباعة الاسم كاملاً، ألعنوان و رقم الهاتف أدناه. (إختياري)**

ألاسم ألاول	**إسم ألعائلة**
ألعنوان	**ألمدينه / الرمز البريدي**
عنوان البريد الالكتروني	**رقم الهاتف**

(June 2015)

COUNTY OF SAN DIEGO HHSA HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

LIVE WELL SAN DIEGO

عزيزي المراجع :

إن مقاطعة سان دييغو ملتزمة بتوفير تجربة إيجابية لكل مراجعينا، لذا نود ان نسمع أرائكم. إجاباتكم سوف تساعدنا على تقديم خدمة أفضل، علما ان إجاباتكم ستبقى سرية إذا طلب ذلك.

وشكراً لمشاركتكم

الرجاء طي ورقة الاستبيان وإغلاقها بإحكام ووضعها في صندوق البريد الخاص بمركز موارد الاسرة او صندوق بريد الولأيات المتحدة

هل تعلم؟

بإمكانك إجراء المعاملات التاليه دون الحضور الى أي مركز موارد الأسرة.

يرجي استخدام الموارد التالية للحصول على خدماتنا

- **تقديم طلب لبرامج المساعدات**
- **الاستفسار عن مبلغ المساعدات**
- **التبليغ عن اي تغيرات**
- **تقديم مستندات و تقارير**
- **تقديم مستندات التجديد السنوي**
- **طلب بطاقة المساعدات**

مركز الاتصال
1-866-262-9881

CalWIN ميزات
www.mybenefitscalwin.org

تحميل موبايل
www.sandiegocounty.gov

خدمات البريد
County of San Diego
P.O. Box 85031
San Diego, CA 92186-9920

POSITIVE APPROACH = POSITIVE EXPERIENCE