



Servicios de interpretación – Servicios de Satisfacción

Por favor no incluya información personal

El propósito de esta encuesta es para asegurar que se brinden servicios interpretativos de calidad a nuestros miembros que acceden a los servicios WRAP servicios.

Fecha: _____ Nombre de agencia: _____ Nombre del Intérprete: _____

1. ¿Cuál es su idioma preferido o hablado en su hogar?

2. ¿Siente que el intérprete le ayudó a entender y alentó su participación en la reunión?

Si No

3. ¿Usarías el mismo intérprete otra vez?

Si No

No deseo a participar

Comentarios: _____

Please fax completed survey to the
Behavioral Health Care Coordinator
Jennie Kendeigh: 503-5.585.4989