



**Por favor responde a las siguientes preguntas para dejarnos saber cómo te va en este momento.**

24. ¿Por cuánto tiempo recibiste los servicios de este centro?

- a. Menos de 1 mes
- b. 1 — 2 meses
- c. 3 — 5 meses
- d. 6 meses a 1 año
- e. Más de 1 año

25. ¿Recibes aún servicios de este centro?  Sí  No

**Por favor responde a las siguientes preguntas para poder dejarnos saber un poco más acerca de tí:**

26. **Raza:** (Marca dos si es necesario)

- Indo-americano(a)/Nativo(a) de Alaska     Blanca (Caucásico(a))     Negra (afro-americano(a))  
 Asiático(a)/Isleño(a) del Pacífico     Otra (describe): \_\_\_\_\_

27. ¿Es alguno de tus padres **Hispano/Latino**?  Sí  No

28. **Género:**  Masculino  Femenino  Transgénero

29. **Edad:** \_\_\_\_\_

30. ¿Tienes plan de seguro Medicaid?  Sí  No  No sé

***¡Gracias por tomarte el tiempo de responder a estas preguntas!***

## Formulario de Reclamo para Tarjeta de Regalo

Las respuestas que ha dado a esta encuesta nos ayudarán a mejorar los servicios que recibe. Como muestra de agradecimiento por completar esta encuesta, nos gustaría darle una tarjeta de regalo de Wal-mart por el valor de \$5.00.

Iniciales del CC/FSP \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**¡Gracias!**



### Distribución de Tarjeta de Regalo

*Esta sección la llenará la administración de Wraparound*

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del CC/FSP/WS: \_\_\_\_\_

Firma del CC/FSP/WS: \_\_\_\_\_

El personal de Wraparound debe firmar y fechar este formulario de reclamo y enviarlo vía fax a EMSTAR Research (404-681-1067).

¡Gracias!