

Nombre del beneficiario**Agencia del beneficiario****Dirección****Ciudad | Estado | Código postal****Teléfono | Correo electrónico****Servicios recibidos**

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre los servicios que recibió. Esta información es necesaria para brindar servicios de alta calidad y para cumplir los requerimientos para recibir financiamiento federal.

1. El propósito principal para el que necesito (o la persona que represento necesita) un dispositivo o servicio de tecnología asistida se relaciona con: (Marque sólo una respuesta).

Educación – participar en cualquier tipo de programa educacional

Vivir en la comunidad – completar actividades diarias, participar en actividades comunitarias, usar servicios comunitarios o vivir independientemente

Empleo – encontrar o retener un empleo; conseguir un mejor empleo; participar en un programa de entrenamiento para un empleo, programa de rehabilitación vocacional u otro programa relacionado con el empleo

2. ¿Por qué eligió obtener un dispositivo/servicio de tecnología asistida de nuestro programa? (Marque sólo una respuesta).

Solamente podía pagar la tecnología asistida a través de este programa. (No podía pagarlo a través de otros programas.)

La tecnología asistida solamente estaba a mi disposición a través de este programa. (No soy elegible o no cumpla los requisitos de otros programas, la tecnología asistida no está cubierta por otras fuentes de financiamiento o el dispositivo específico que necesito no está provisto por otros programas.)

La tecnología asistida estaba a mi disposición a través de otros programas, pero el sistema era demasiado complejo o la espera demasiado larga.

Ninguno de los anteriores

3. ¿Cuál de las siguientes opciones refleja mejor su nivel de satisfacción con los servicios que recibió? (Marque sólo una respuesta).

Altamente satisfecho

Satisfecho

Al Algo satisfecho

No estoy satisfecho para nada

Al firmar este formulario, acuerdo considerar a Assistive Technology Partnership sin responsabilidad y renuncio a cualquier obligación que pudiera surgir como resultado de la posesión o uso del equipo recibido más arriba. Me han informado sobre la necesidad de recibir asistencia profesional para instalar y usar algunos tipos de equipos y acuerdo ser responsable por dichos arreglos según sea necesario.

Firma

Fecha