

Servicios Humanos y de Salud de Nebraska, Encuesta del Programa de Excepciones 2024



La Asociación de Tecnología de Asistencia (ATP por sus siglas en inglés) ha completado los servicios solicitados por el Departamento de Servicios Humanos. Para ayudar a monitorear el sistema de entrega de servicios de ATP y realizar mejoras, su opinión es necesaria.

ATP agradecería si pudiera tomarse el tiempo para completar esta breve encuesta.

La encuesta es anónima. Por favor, incluya su nombre e información de contacto al final de la encuesta si ha experimentado algún problema y desea que alguien se comuniquen con usted.

Gracias. Si tiene preguntas, llame al (877) 713-4002.

Fecha _____

Equipo/modificaciones que recibí (marque todas las que correspondan)

- Entrada (rampa, elevador, umbral, baranda)
- Baño (fregadero o inodoro elevado, ducha accesible, etc.)
- Vehículo (controles manuales, elevador, etc.)
- Ayudas para la vida diaria (elevador, extensor, etc.)
- Dispositivo para la movilidad
- Otro

Marque todas las maneras en que los equipos/modificaciones que recibió le ayudan:

- Entrar/salir de mi casa de manera segura
 - Desplazarme por mi casa
 - Atención personal (ducha, baño, acceso al fregadero e inodoro)
 - Comunicación (utilizar el teléfono)
 - Utilizar mi vehículo personal (controles manuales, elevador, etc.)
 - Depender menos de la ayuda de otros
 - Vivir de manera independiente en mi casa
 - Otro
-
-
-

¿Se concertó una cita a una hora conveniente para evaluar sus necesidades?

- Sí
- No

¿Han cumplido sus expectativas los equipos/modificaciones?

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Completamente en desacuerdo
- No opina

¿Fue incluido en las conversaciones sobre qué equipos/modificaciones le servirían?

- Sí
- No

¿Se tomó una decisión de manera oportuna sobre cuánta ayuda podía recibir?

Sí

No

¿Se respondieron sus preguntas/llamadas a la Sociedad de Tecnología de Asistencia de manera oportuna?

Sí

No

¿Sabe cómo usar los equipos/modificaciones que recibió?

Sí

No

¿Usa los equipos/modificaciones que recibió?

Sí

No

Si no usa los equipos/modificaciones que recibió, ¿por qué no?

¿Cuánto hace que se completó su proyecto?

Menos de 3 meses

3 a 6 meses

6 a 12 meses

Más de un año

Comentarios/sugerencias

Por favor, incluya su nombre e información de contacto si ha experimentado algún problema y desea que alguien se comunice con usted.

Nombre _____

Dirección/Ciudad/Código postal

Teléfono/Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

¡Gracias por completar la encuesta!

Assistive Technology Partnership
PO Box 94987
Lincoln, NE 68509-4987

enero 2024