**Fecha (Día Mes y Año)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sexo**: **Masculino**\_\_\_\_ **Femenino**\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Escolaridad** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especifique el Servicio que Recibe **Desayuno** **Comida**

**Atención en**

**Comedor**

Su opinión es muy importante para mejorar en la prestación de nuestros servicios

**De las siguientes afirmaciones elija la más cercana a su percepción**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Consideraciones Generales** | | | | | |
| 1 | Se le facilita el llegar al Comedor | **Respuesta Sí** ( ) **No** ( ) | | | |
| 2 | Cuánto tiempo hace de su casa al Comedor | **Respuesta** | | | |
| **Satisfacción en el Servicio** | | **Siempre** | **Casi Siempre** | **A veces** | **Nunca** |
| 3 | Los alimentos le parecen agradables en su preparación |  |  |  |  |
| 4 | Considera suficiente la ración alimenticia que se le proporciona |  |  |  |  |
| 5 | Considera que el menú de alimentos es variado |  |  |  |  |
| **Respecto a su Salud** | | | | | |
| 6 | Considera que los alimentos que recibe le “han hecho provecho” |  |  |  |  |
| 7 | Al asistir al comedor se siente más activo |  |  |  |  |
| **Respecto a la Participación** | | | | | |
| 8 | Además del consumo de alimentos participa en otra actividad \* |  |  |  |  |
| 9 | Las actividades que realizan en el comedor le parecen interesantes |  |  |  |  |
| 10 | Disfruta de la convivencia con sus compañeros del comedor |  |  |  |  |
| 11 | Al venir al comedor, siente que ha mejorado su participación en la comunidad |  |  |  |  |
| 12 | Cuenta con personas o grupos de apoyo a quien recurrir en caso necesario |  |  |  |  |
| **Respecto a la Seguridad** | | | | | |
| 13 | La atención que recibe es oportuna y de acuerdo a sus necesidades |  |  |  |  |
| 14 | En caso de haber recibido maltrato, agresión o violencia acude a su DIF Municipal |  |  |  |  |

Indique por favor el grado de satisfacción del servicio recibido

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Muy Alta** | **Alta** | **Buena** | **Regular** | **Malo** |

Comentarios y sugerencias para mejorar la atención en el Comedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha (Día Mes y Año)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sexo: Masculino**\_\_\_\_ **Femenino**\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Escolaridad** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Atención en Domicilio**

Especifique el Servicio que recibe: **Desayuno** **Comida** .

Su opinión es muy importante para mejorar en la prestación de nuestros servicios

**De las siguientes afirmaciones elija la más cercana a su percepción**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Consideraciones Generales** | | | | | |
| 1 | Cuanto tiempo tiene recibiendo el servicio de alimentos en su domicilio | **Respuesta:** | | | |
| 2 | Quién le entrega los alimentos | **Respuesta:** | | | |
| **Satisfacción en el Servicio** | | **Siempre** | **Casi Siempre** | **A veces** | **Nunca** |
| 3 | Los alimentos le parecen agradables en su preparación |  |  |  |  |
| 4 | Considera suficiente la ración alimenticia que se le proporciona |  |  |  |  |
| 5 | Considera que el menú de alimentos es variado |  |  |  |  |
| 6 | Lo alimentos llegan a tiempo para su consumo |  |  |  |  |
| **Respecto a su Salud** | | | | | |
| 7 | Considera que los alimentos que recibe le “han hecho provecho” |  |  |  |  |
| 8 | Está de buen estado de ánimo |  |  |  |  |
| 9 | Acude al médico cuando se siente enfermo |  |  |  |  |
| **Respecto a la Participación** | | | | | |
| 10 | De acuerdo a sus posibilidades, participa en alguna actividad |  |  |  |  |
| 11 | Requiere de apoyo para realizar las actividades de casa |  |  |  |  |
| 12 | Cuenta con personas o grupo de apoyo para sus necesidades cotidianas |  |  |  |  |
| **Respecto a la Seguridad** | | | | | |
| 13 | La atención que recibe es oportuna y de acuerdo a sus necesidades |  |  |  |  |
| 14 | En caso de haber recibido maltrato, agresión o violencia solicita apoyo a su DIF Municipal u otra dependencia |  |  |  |  |

Indique por favor el grado de satisfacción del servicio recibido

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Muy Alta** | **Alta** | **Buena** | **Regular** | **Malo** |
|  |  |  |  |  |

Comentarios y sugerencias para mejorar la atención en el Comedor Asistencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indicaciones**

* **Objetivo:** Mejorar el servicio en los Comedores Asistenciales de acuerdo a los resultados obtenidos con la presente encuesta.
* **Fecha de llenado:** (**ejemplo:** diciembre)
* Se aplicará en cada Comedor al 10% de los beneficiarios (Más una encuesta adicional por Comedor)
* **Son dos tipos de encuesta:**

1. Aplicación para beneficiarios que acuden al Comedor.
2. Aplicación para beneficiarios que reciben el alimento en su domicilio.

* Cuidar que se llene de manera completa, con bolígrafo y con letra legible
* Si el beneficiario no entiende la pregunta, favor de explicar al beneficiario, considerando hablar con ellos con voz clara y fuerte.
* En la encuesta se aplica al beneficiario que recibe su alimento en su domicilio, respecto a la participación, si participa en alguna actividad, favor de anotar al reverso de la hoja.
* Cualquier duda favor de comunicarse con el personal responsable para la atención de Comedores de su región de DIF Jalisco siendo el teléfono 33 30 30 38 00, extensiones 637, 840 y 861