



Evaluación De El Centro Fresco/Cálido (Cool/Warm Centers)

*Por favor tome un momento para compartir sus opiniones con nosotros.
Muchas Gracias!*

Opcional Nombre : _____ Apellido : _____ Tel: (_____) _____ Su Ciudad _____ Su Código Postal _____	Fecha de su visita: /__ /__ /__ Nombre del Centro _____ El Correo Electronico _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Por favor, círculo en el número que mejor refleje su evaluación:

- | | Excelente | Promedio | Necesita Mejorar |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|------------------|
| 1. Está satisfecho con su experiencia en su centro fresco/cálido en general?
Comentarios _____ | 5 4 | 3 2 | 1 0 |
| 2. Los recursos o Información que usted obtuvo en su centro fresco/cálido fueron útiles?
Comentarios _____ | 5 4 | 3 2 | 1 0 |
| 3. Fueron el personal o voluntario(s) en su centro fresco/cálido cortés y profesional?
Comentarios _____ | 5 4 | 3 2 | 1 0 |
| 4. Fue la temperatura confortable en su centro fresco/cálido?
Comentarios _____ | 5 4 | 3 2 | 1 0 |
| 5. Cómo se entero usted acerca de su centro fresco/cálido?
<input type="checkbox"/> Banner Cool/Warm Center/Sandwich Sign <input type="checkbox"/> Otra explica : _____ <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Amigo/Vecino | | | |
| 6. Cómo llegaste al centro fresco/cálido: <input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Bicicleta
<input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |
| 7. Fue el banner de su centro fresco/cálido o rotulo de calle visible durante una advertencia de calor o frío? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO | | | |
| 8. Aportó el centro agua y aperitivos?
Si es así, ¿qué aperitivos?: _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO | | | |
| 9. Hubo alguna presentación especial que se llevó a cabo en su centro fresco/cálido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
(Si es así, marque la casilla (s) <input type="checkbox"/> Administración de dinero <input type="checkbox"/> Consejos de energía al consumidor
<input type="checkbox"/> Como prepararse para un desastre/emergencia <input type="checkbox"/> Otro _____
Qué servicios fueron más valiosos o utilizados por usted? _____ | | | |
| 10. Cuántas horas permaneciste en el centro? <input type="checkbox"/> 0-1 hr <input type="checkbox"/> 1-3 hrs <input type="checkbox"/> 4-5 hrs <input type="checkbox"/> 5-10 hrs | | | |

Otros Comentarios: _____

Favor de entregarle la evaluación al personal o voluntario del Centro frío/cálido o envíalo por fax al: 951.955.1399 o envíalo por correo a:
 Community Action Partnership of Riverside County
 2038 Iowa Ave Ste B-102
 Riverside, CA 92507
 Atención: Planning Department