



## Cuestionario sobre servicios al cliente

Nombre del abogado o representante: \_\_\_\_\_

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_

Hemos disfrutado de trabajar con usted. Ahora que hemos cerrado su expediente, nos gustaría saber qué piensa acerca de los servicios de Disability Law Colorado que recibió. Sus respuestas son muy importantes en el desarrollo de nuestros servicios.  
¡Muchas gracias!

- ¿Qué tan satisfecho estuvo en general con la ayuda que recibió de Disability Law Colorado?

Nada satisfecho \_\_\_\_\_

Algo satisfecho \_\_\_\_\_

Muy satisfecho \_\_\_\_\_

- El personal de Disability Law Colorado fue cortés durante mi interacción con ellos.

YES

NO

- Estoy satisfecho con el trabajo que Disability Law Colorado hizo en mi caso.

YES

NO

- Estoy satisfecho con el resultado de mi caso.

YES

NO

- Vale la pena pagar por el servicio que recibí.

YES

NO

- Si tuviera otro problema, ¿utilizaría nuevamente los servicios de Disability Law Colorado?

YES

NO

- Después del contacto inicial, recibí una llamada de Disability Law Colorado...

*dentro de 2 días*

*después de 3 días*

*después de 4 días*

*después de 5 días*

En sus propias palabras, ¿en qué forma fueron útiles o no fueron útiles los servicios de Disability Law Colorado en su caso?

---

---

---

---

---

*¡Nuevamente, muchas gracias por llenar este cuestionario!*

Envíe los formularios completos a Disability Law Colorado a [dlcmail@disabilitylawco.org](mailto:dlcmail@disabilitylawco.org) o la dirección / número de fax a continuación.