

## Encuesta de Satisfacción del Cliente

Esta encuesta es voluntaria. Sus datos serán utilizados con fines estadísticos y mejoras del programa además se mantendrán en privado en la medida en que sea permitido por la ley. Usted ha sido seleccionado para esta encuesta, ya que recientemente recibió una inspección de vivienda de FEMA. El propósito de esta encuesta es medir el desempeño del inspector de vivienda.

**Instrucciones:** Para ser llenado por un miembro de la familia que estaba presente durante la inspección a la vivienda. Para las siguientes preguntas, por favor marque la casilla correspondiente a cada pregunta. No firme o escriba su nombre en el formulario. Todas las respuestas son anónimas y confidenciales, y serán reportadas solamente si son incluidas en la encuesta.

**1. Antes de la inspección, ¿qué nivel de servicios esperaba recibir del inspector de FEMA?**

Muy Bueno				No muy bueno	Yo no sabia que esperar
<input type="checkbox"/>					
5	4	3	2	1	

**2. Comparando con su expectativa, ¿qué nivel de servicio cree que recibió?**

Mejor de lo esperado				Peor de lo esperado
<input type="checkbox"/>				
5	4	3	2	1

**3. ¿Se presentó el inspector en su vivienda a la hora establecida?**

Sí	No	El inspector se presento imprevistamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. ¿Cuán importante era para usted tener una hora establecida para la inspección?**

Muy importante				No muy importante
<input type="checkbox"/>				
5	4	3	2	1

**5. ¿Cuánto tiempo duro la visita del inspector?**

Menos de 30 minutos	30-45 minutos	Mas de 45 minutos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. La duración de la visita del inspector fue:**

Muy larga	Cerca de lo correcto	Muy corta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. ¿Estuvo usted con el inspector durante la inspección?**

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. ¿El inspector le explico por qué él / ella estaba realizando la inspección?**

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. ¿Qué tan completa siente usted que fue su inspección?**

Muy completa				No muy completa
<input type="checkbox"/>				
5	4	3	2	1

**10. ¿Se tomó tiempo el inspector para escuchar lo que usted tenía que decir?**

Sí	No	Yo no tenía nada que decir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Aviso sobre la Ley de Reducción de Papeleo:** La carga pública de información para esta encuesta se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta. La carga incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de información existentes, recopilar y mantener la información necesaria, y completar, revisar y someter el formulario. Su respuesta a esta encuesta es voluntaria, y usted no está requerido a responder a esta recopilación de información a menos que un número de control valido de OMB aparezca en la parte de superior derecha de este formulario. Envíe comentarios con respecto a la precisión del estimado de la carga y cualquier sugerencia para reducirla a: Paperwork Reduction Act Project (1660-0102), Information Collections Management, Federal Emergency Management Agency, Department of Homeland Security, 500 C St. SW, Washington, DC 20472. **NOTA: No envíe su forma completada a esta dirección.**

