



# Wraparound/REACH Encuesta de Desinscripción del Joven

Nombre del joven: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre de Coordinador de Cuidados: \_\_\_\_\_ Agencia del Coord. de cuidados \_\_\_\_\_

Usted ahora se esta preparando para dejar el programa Wraparound o el REACH. Queremos saber acerca del trabajo que hicimos! Por favor circule la letra de la respuesta que mejor describe como usted se siente.



## Satisfacción

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en	No aplica a mi persona
1. Me caía bien mi Coordinador de Cuidados	A	B	C	D	F	X
2. Me gustaron los servicios que recibí	A	B	C	D	F	X



## Respeto

3. Wraparound fue comprensivo con mis necesidades culturales, étnicas y religiosas	A	B	C	D	F	X
4. Siento que fui tratado con respeto mientras estuve matriculado en Wraparound	A	B	C	D	F	X



## Escuela/Familia/Comunidad

5. Estoy haciendo mejor en la escuela ahora que antes	A	B	C	D	F	X
6. Me estoy llevado mejor con mi familia ahora que antes	A	B	C	D	F	X
7. Siento que mi comportamiento ha mejorado desde que estoy matriculado en Wraparound	A	B	C	D	F	X
8. Recomendaría este programa a un amigo	SI			NO		

En una escala del 1-10 (1 siendo muy mal, 10 siendo muy bien), evalúe usted siente que su familia estaba cuando primero se matricularon en Wraparound: (circule uno) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En una escala del 1-10 (1 siendo muy mal, 10 siendo muy bien), evalúe como usted cree que su familia esta ahora: (circule uno) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

\*\*\*\*\*

Firma de la persona que lleno la encuesta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**En agradecimiento por llenar esta encuesta, queremos someter su nombre para un sorteo para un certificado de regalo de \$25.00 para Pick-N-Save! Por favor de poner su nombre y dirección si usted desea participar.**

Nombre:(por favor imprima) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

😊 **Gracias por su ayuda!** 😊