

El Departamento de Servicios Sociales desea saber sobre los servicios proveídos a usted. Esta información se usará para mejorar nuestros servicios.

**Si usted está satisfecho** con nuestros servicios, por favor complete la forma “Declaración de Servicios Satisfactorios” (DSS 340) adjunta a ésta carta, y envíela a:

Department of Social Services  
Attn: DSS Satisfaction Coordinator  
P. O. Box 8119  
San Luis Obispo, CA 93403-8119

También puede entregar la forma a nuestra oficina de San Luis Obispo a:

3433 S. Higuera St., San Luis Obispo

**Si usted no esta satisfecho** con nuestros servicios:

- Discútalos con su trabajador asignado. Si no puede resolver el problema, complete la Encuesta de Servicios Satisfactorios y entregue a la oficina o al domicilio de arriba
- Discuta el problema con el supervisor del trabajador. Usted puede contactar al supervisor llamando al 781-1600 para temas del programa del bienestar de niños, o 781-1600 para todos otros programas
- Si usted no puede resolver el problema ya sea con su trabajador o el supervisor, póngase en contacto con el gerente de división al 781-1825 o hable con su abogado o el juez de su caso

Si su problema está relacionado con la negación de la aprobación del hogar de **un miembro de la familia/NREFM (alguien que no es pariente, pero que tiene un vínculo estrecho con el niño)** usted puede solicitar una Audiencia con el Estado al llenar la parte de atrás de la Notificación de Acción - Negación de Evaluación/ Aprobación del Hogar (NA 1271) y enviarla por correo a:

State Hearings Division  
744 P Street, M.S. 9-17-81  
Sacramento, CA 95814  
FAX: 916-651-5210

También puede rellenar la Encuesta de Servicios Satisfactorios adjunta y devolver a:

Department of Social Services  
Attn: DSS Service Satisfaction Coordinator  
P. O. Box 8119  
San Luis Obispo, CA 93403-8119

**Las revisiones de quejas tienen diferentes periodos para ser presentadas. Empezando con la fecha de la acción que provocó la queja, su petición debe ser presentada dentro del número de días de la siguiente manera:**

- |                  |         |
|------------------|---------|
| • Queja general  | 90 días |
| • Queja de NREFM | 10 días |

Este folleto está disponible en la página web del Departamento de Servicios Sociales del Condado de San Luis Obispo:

<https://www.slocounty.ca.gov/departments/social-services>



## Departamento de Servicios Sociales del Condado de San Luis Obispo



## Encuesta de Servicios Satisfactorios

**Una Comunidad Responsable y Dedicada:  
Segura, Fuerte, y Saludable**

## DECLARACIÓN DE SERVICIOS SATISFACTORIOS

Por favor escriba legiblemente. Dé detalles.

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (Ciudad/Estado/Código Postal) \_\_\_\_\_

Nombre del niño/adulto que la queja implica: \_\_\_\_\_

Su relación al niño/adulto: \_\_\_\_\_

Nombre de Trabajador: \_\_\_\_\_ Programa: \_\_\_\_\_

Si está descontento, por favor apunte el nombre del empleado(a) con quien ha hablado sobre este asunto: \_\_\_\_\_

**Describa su satisfacción/descontento con los servicios que recibió.**

---

---

---

---

---

---

---

---

**En general, utilizando una escala de 1-10, ¿como clasificaría su experiencia con el Departamento de Servicios Sociales?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pobre		Justo		Bien		Muy bien		Excelente	

**Díganos los cambios que le gustaría ver.**

---

---

---

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_ Su firma: \_\_\_\_\_