**EVALUACIÓN INDIVIDUAL DEL SERVICIO DE RESPIRO FAMILIAR**

NOMBRE DE LA ENTIDAD A LA QUE PERTENECE:

1.- ¿Ha tenido alguna dificultad en el trato y la atención por parte de la organización/ Servicio de Respiro?

 Si A veces No 󠆬󠆬

Observaciones:

2.- ¿Ha podido utilizar el servicio en las fechas solicitadas?

 Sí, siempre 󠆬󠆬 A veces Nunca

Observaciones:

3.- ¿Cómo considera que ha sido la atención dispensada por el monitor/a a su familiar?

 Muy buena 󠆬󠆬 Buena Regular Mala Muy mala

4.- ¿En qué grado hemos contribuido con este servicio a mejorar la calidad de vida de su familia?

 Mucho Bastante Regular Poco Nada No lo sé

5.- ¿Considera importante que se continúe prestando este servicio en el futuro?

 Sí No No lo sé

OBSERVACIONES. Aclare, si lo desea, cualquiera de las respuestas que ha dado, e indique todas aquellas sugerencias que puedan mejorar la calidad del servicio:

¡¡¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!