

Departamento de Servicios Judiciales de Menores del Condado de Pinal
Encuesta de satisfacción de las víctimas

Para brindar un mejor servicio a las víctimas, el Tribunal de Menores del Condado de Pinal quiere saber lo que piensa usted de los servicios que se le han prestado. Le rogamos que dedique unos momentos para responder a la siguiente encuesta y enviarla por uno de los medios indicados a continuación: por correo ordinario en el sobre con franqueo pagado, por fax al 520.866.7090, por email a CrMartin@courts.az.gov o a través de nuestra página web: <http://pinalcountyaz.gov/JuvenileCourtServices/Pages/VictimsSurvey-Spanish.aspx>

Programa extrajudicial

Tribunal

Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con Cristy Martínez a través del (520)866-7088 o del número gratuito 1(800)208-6897, #7088

Por favor, marque la casilla junto al número en la escala del 1 al 5 que mejor describa su respuesta a cada una de las preguntas siguientes:

- | | | | |
|----|---|--|--|
| 1. | ¿Le pareció a usted importante o significativo que se le mantuviera informado de lo que sucedía con su caso? | | |
| | MUY IMPORTANTE - - - - - PARA NADA | | |
| | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> NA | | |
| 2. | ¿Fueron oportunas y exactas las notificaciones por escrito que recibí de nuestra oficina? | | |
| | SIEMPRE - - - - - RARAMENTE | | |
| | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> NA | | |
| 3. | Si procede, ¿le pareció la comunicación con nuestra Unidad de Víctimas (bien por teléfono o en persona) útil, receptiva, empática y/o alentadora? | | |
| | SIEMPRE - - - - - RARAMENTE | | |
| | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> NA | | |
| 4. | ¿Influyeron de forma positiva en su voluntad o capacidad de participar en el proceso de justicia de menores la información y notificaciones que se le proporcionaron a usted a través de nuestra oficina? | | |
| | MUCHO - - - - - PARA NADA | | |
| | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> NA | | |
| 5. | Si procede, ¿pensó usted que las medidas correctoras (castigo) aplicadas al menor eran las adecuadas? | | |
| | MUCHO - - - - - PARA NADA | | |
| | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> NA | | |

Por favor, explique o comente cualquiera de las calificaciones anteriores y/o proporcione la información que usted crea que nos puede servir de ayuda para mejorar el servicio que prestamos a nuestras víctimas. (Si necesita más espacio, no dude en adjuntar otra hoja)

¿Está usted dispuesto/a a participar en un Panel de Impacto para las Víctimas en su comunidad (véase el folleto anexo)? En caso afirmativo, por favor, facilite su nombre y apellidos, número de teléfono y email.

Nombre y apellidos: _____ Número de teléfono: _____

Email: _____ Ciudad donde vive: _____

Le agradecemos el tiempo que ha dedicado a completar esta encuesta
¡Valoramos mucho su opinión!