**Departamento de Asistencia Transicional de Massachusetts**

**FORMULARIO DE COMENTARIOS DEL CLIENTE**

Usted puede usar este formulario para informarle al DTA sobre su experiencia. Puede contarnos experiencias positivas o negativas, o darnos sugerencias sobre de qué manera el DTA puede mejorar los servicios. ¡Apreciamos sus comentarios!

**Marque esta casilla si usted necesita ayuda para completar este formulario o si desea recibir un llamado telefónico para hacer un seguimiento acerca de este formulario.**

Por favor dé su información de contacto a continuación para que un representante del DTA pueda responder a sus comentarios. No es necesario que dé su nombre o su número de teléfono si no desea que el DTA se comunique con usted.

Nombre:

ID de la agencia:

Fecha de su experiencia:

Mejor número de teléfono para hablarle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Temas: Por favor marque todos los que correspondan.**

**Servicio de atención al cliente. Puede incluir:**

* ¿Fue el administrador de casos sumamente servicial con usted?
* ¿No lo/la volvieron a llamar?

**Acceso a los beneficios y a EBT. Puede incluir:**

* ¿Pudo aprovechar su tarjeta de EBT para ir a un museo local?
* ¿No recibió una tarjeta de EBT?

**La decisión acerca de sus beneficios. Puede incluir:**

* ¿De qué manera los beneficios del DTA han ayudado a su familia?
* ¿Está en desacuerdo con la decisión del Departamento (DTA)?

**Acceso a otros servicios del DTA. Puede incluir:**

* ¿Le ayudó una acomodación razonable por una discapacidad a tener acceso a los beneficios? ¿Recibió usted una acomodación razonable debido a una discapacidad para poder tener acceso a los beneficios?
* ¿No le proveyeron un intérprete o traductor?

**Otros. Puede incluir:**

* Una experiencia positiva o negativa que haya tenido con el DTA.
* Sugerencias sobre de qué manera el DTA puede mejorar su experiencia.

**Por favor use el siguiente espacio para brindar detalles adicionales:**

**Importante: Este formulario no es una apelación (solicitud de audiencia imparcial)   
de una decisión que el DTA haya tomado en su caso.**

**Envíe este formulario por correo postal a:**

**DTA – Client Feedback**

**P.O. Box 120429**

**Boston, MA 02111**