**Encuesta a clientes: despensa/banco de los alimentos en el lugar, móvil o a domicilio**

Esta encuesta está disponible en chino simplificado, chino tradicional, español, ruso, vietnamita, amárico, tagalo, japonés, oromo, somalí, tigriña, coreano, árabe, ucraniano y suajili.

El **objetivo de la encuesta** es conocer sus necesidades alimentarias y su experiencia con este programa. Sus comentarios nos ayudarán a mejorar los servicios.

* La encuesta es voluntaria. No es necesario completar la encuesta para recibir alimentos o servicios.
* La encuesta es anónima. No le preguntamos su nombre.
* No será penalizado por ninguna de sus respuestas. No dude en responder con sinceridad.
* La encuesta debe tomarle menos de 5 minutos.

**Preguntas**

1. En los últimos 30 días, ¿recibió alimentos de alguna despensa o programa de reparto de despensas distinto de éste?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **○** Sí | **○** No | **○** Prefiero no contestar |

1. Pensando en todas las despensas de alimentos de las que ha recibido comida enlos últimos 30 días, ¿qué proporción de la comida de su hogar diría usted que procedió de despensas de alimentos o programas de reparto de despensas de alimentos?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **○** Comida para varios días | **○**1 a 2 semanas de comida | **○** Más de la mitad de nuestros alimentos | **○** Casi todos nuestros alimentos |

1. Hoy he tenido una experiencia acogedora y respetuosa al recibir la comida.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **○**Muy de acuerdo | **○**Algo de acuerdo | **○**Algo de acuerdo | **○** Neutral | **○**Algo en desacuerdo | **○** Muy en desacuerdo |

1. Me gustaron los alimentos disponibles o entregados hoy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **○**Muy de acuerdo | **○**Algo de acuerdo | **○** Neutral | **○**Algo en desacuerdo | **○** Muy en desacuerdo |

1. ¿Ha tenido alguna necesidad que no haya sido satisfecha por los alimentos disponibles o entregados hoy? Marque todas las que correspondan:

* No- los alimentos proporcionados satisfacían mis necesidades.
* Falta de suficientes frutas y verduras de calidad
* Baja calidad en general
* Falta de proteína suficiente
* No había suficientes alimentos buenos para mi salud y bienestar
* En general, no había suficiente comida
* No es conforme a mi cultura
* No cubre las necesidades nutritivas
* Incapaz de prepararlo o comerlo (no cuenta con el equipo o tiempo necesario u otro motivo)
* Otro. Describa (opcional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿En qué medida, recibir alimentos de este programa, le ayuda a usted y a su familia a cubrir otras necesidades básicas como otros alimentos, alojamiento, servicios públicos, transporte y cuidados médicos?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **○** Ayuda mucho | **○** Ayuda una cantidad moderada | **○** Ayuda un poco | **○** No ayuda | **○** No estoy seguro/a |

1. Cuál es su raza/etnia? Marque todas las que correspondan:

* Asiática
* Indígena estadounidense o Nativo(a) de Alaska
* Negra / Afroamericana
* Hispana, latina o española
* Mediooriental o norafricana
* Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico
* Blanca
* Prefiero no responder
* Otra