

GUEST INFORMATION

(This is a confidential survey. Please do not provide any identifying information.)

First Name: _____ **ZipCode/Town:** _____ Don't Know/have

Age: <input type="checkbox"/> 18 – 24 <input type="checkbox"/> 25 – 29 <input type="checkbox"/> 30 – 49 <input type="checkbox"/> 50 – 59 <input type="checkbox"/> 60 and over	Gender Identity: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> X _____	Ethnicity: <input type="checkbox"/> Non- Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Don't Know	Race: (select all that apply) <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Don't Know
Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Common Law <input type="checkbox"/> Living Together <input type="checkbox"/> Domestic Partner <input type="checkbox"/> Never Married/Annulled <input type="checkbox"/> Unknown			Household Type: (select all that apply) <input type="checkbox"/> Adult/No Children <input type="checkbox"/> Multi-Generation <input type="checkbox"/> Single Parent <input type="checkbox"/> Two Parents
Do you have a disabling condition? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Are you a U.S. Military Veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Are you currently employed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Are you currently a student? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know			Total # living in household: _____ # of Adults _____ # of minors _____

GUEST EVALUATION

1. What services were MOST helpful to you: (Check all that apply)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Birth Certificate | <input type="checkbox"/> Chiropractic | <input type="checkbox"/> Child Support Enforcement | <input type="checkbox"/> Flu Shot |
| <input type="checkbox"/> Employment | <input type="checkbox"/> Education | <input type="checkbox"/> High Plains Library District | <input type="checkbox"/> TB Test |
| <input type="checkbox"/> Haircut | <input type="checkbox"/> Legal Counseling | <input type="checkbox"/> Health Screening | <input type="checkbox"/> Mental Health Counseling |
| <input type="checkbox"/> Greeley Municipal Court | <input type="checkbox"/> Podiatry/Foot washing | <input type="checkbox"/> Government Programs & Assistance | <input type="checkbox"/> Veterans Assistance |
| <input type="checkbox"/> Tdap (tetanus, diphtheria, pertussis) | | | <input type="checkbox"/> Counseling/Resume Writing |
| <input type="checkbox"/> Other service(s) most helpful to you _____ | | | |

2. What other services would you like to see at Weld Project Connect? _____

3. How did you get here today? _____

4. On a scale of 1 – 3 how would you rate the benefit of today's overall event? (circle one)

3 - Very Helpful

2 - Helpful

1 - Not Helpful

5. What was the best thing that happened to you at Weld Project Connect? _____

6. Did you set up any follow-up appointments from today's services? Yes No

7. Have you been to Weld Project Connect in the past? Yes No **If yes what service(s) were repeated if any?** _____

8. How did you hear about Weld Project Connect? (check all that apply)

- | | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Newspaper | <input type="checkbox"/> Family & Friends | <input type="checkbox"/> 2-1-1 | <input type="checkbox"/> Community Agency | <input type="checkbox"/> Social Services |
| <input type="checkbox"/> Clinic | <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> On Campus | <input type="checkbox"/> Billboard/Bus Shelter | <input type="checkbox"/> Faith Organization |
| <input type="checkbox"/> Shelter | <input type="checkbox"/> Flyer/Poster | <input type="checkbox"/> Radio/TV | <input type="checkbox"/> Social Media | <input type="checkbox"/> Library |
| <input type="checkbox"/> Other: (please explain) _____ | | | | |

9. Did you feel that you were treated with respect during your time here? Yes No

Please give us any comments and/or suggestions you have for the next Weld Project Connect. (continue on back if necessary)

INFORMACIÓN DEL INVITADO

(Esta es una encuesta confidencial. No brinde información que pueda identificarlo).

Nombre: _____ Código postal / ciudad: _____ No sabe / no tiene

Edad: <input type="checkbox"/> 18 - 24 <input type="checkbox"/> 25 - 29 <input type="checkbox"/> 30 - 49 <input type="checkbox"/> 50 - 59 <input type="checkbox"/> 60 o más	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> X _____	Origen étnico: <input type="checkbox"/> No hispano / latino <input type="checkbox"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> No sabe	Raza: (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> No sabe
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> En una pareja de hecho <input type="checkbox"/> Vive en pareja <input type="checkbox"/> Concubino <input type="checkbox"/> No se ha casado nunca / anulado <input type="checkbox"/> Desconocido			Tipo de hogar: (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Adulto / sin hijos <input type="checkbox"/> Familia multigeneracional <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Dos padres Número total de personas que viven en el hogar: _____ Número de adultos: _____ Número de menores: _____
¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe ¿Es veterano militar de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe ¿Trabaja actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe ¿Estudia actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe			

EVALUACIÓN DEL INVITADO

1. **Qué servicios fueron le resultaron MÁS útiles:** (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento | <input type="checkbox"/> Quiropráctica | <input type="checkbox"/> Leyes de manutención infantil | <input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe |
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> High Plains Library District | <input type="checkbox"/> Prueba de tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Corte de cabello | <input type="checkbox"/> Asesoría jurídica | <input type="checkbox"/> Exámenes médicos | <input type="checkbox"/> Orientación psicológica |
| <input type="checkbox"/> Juzgado municipal de Greeley | <input type="checkbox"/> Podología / lavado de pies | <input type="checkbox"/> Asistencia a veteranos | |
| <input type="checkbox"/> Tdap (tétanos, difteria, tos ferina) | <input type="checkbox"/> Programas y asistencia del gobierno | <input type="checkbox"/> Orientación / redacción de hojas de vida | |
| <input type="checkbox"/> Otro u otros servicios que le han resultado más útiles _____ | | | |

2. **¿Qué otros servicios le gustaría ver en Weld Project Connect?** _____

3. **¿Cómo llegó aquí hoy?** _____

4. **En una escala de 1 a 3, ¿cómo calificaría el beneficio que ha obtenido a través del evento general de hoy? (encierre en un círculo)**

3 - Muy útil 2 - Útil 1 - Nada útil

5. **¿Qué fue lo mejor que le pasó en Weld Project Connect?** _____

6. **Después de los servicios de hoy, ¿solicitó citas de seguimiento?** Sí No

7. **¿Ya había estado en Weld Project Connect?** Sí No Si su respuesta es afirmativa, ¿qué servicio o servicios se repitieron, si fuese el caso? _____

8. **¿Cómo se enteró de Weld Project Connect?** (marque todas las opciones que correspondan)

- | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Amigos y familiares | <input type="checkbox"/> 2-1-1 | <input type="checkbox"/> Agencia comunitaria | <input type="checkbox"/> Servicios sociales |
| <input type="checkbox"/> Clínica | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> En el campus | <input type="checkbox"/> Valla publicitaria / Paradero de autobús | <input type="checkbox"/> Organización religiosa |
| <input type="checkbox"/> Refugio | <input type="checkbox"/> Volante / afiche | <input type="checkbox"/> Radio / TV | <input type="checkbox"/> Redes sociales | <input type="checkbox"/> Biblioteca |
| <input type="checkbox"/> Otro: (explique) _____ | | | | |

9. **¿Sintió que se le trató con respeto durante el tiempo que permaneció aquí?** Sí No

¿Tiene algún comentario o sugerencia para el siguiente Weld Project Connect? (continúe atrás si es necesario)
