Washington State Department of Agriculture

Food Assistance
PO Box 42560
Olympia WA 98504-2560
foodassistance@agr.wa.gov

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)
(Programa Suplementario de Productos Básicos)
Encuesta para el participante

Fecha: _____ Condado: _____ Edad del participante: _____

El propósito de esta encuesta es asegurar que los recursos nutricionales provistos por su agencia de distribución del programa CSFP sean útiles. Sus respuestas son anónimas y se mantendrán en confidencialidad.

Marque todas las opciones disponibles en su hogar:

- ☐ Agua
- ☐ Electricidad
- ☐ Microondas
- ☐ Congelador
- ☐ Placa calefactora
- ☐ Cocina
- ☐ Licuadora
- ☐ Horno
- ☐ Olla de cocción lenta
- ☐ Refrigerador
- ☐ Olla Arrocera
- ☐ Otro: _____

Marque la columna que indica cómo se siente acerca de las siguientes declaraciones:	**Muy de acuerdo**	**De acuerdo**	**Neutral**	**En desacuerdo**	**Muy en desacuerdo**
La información sobre alimentación provista por la agencia de distribución del programa CSFP es útil.					
La información sobre alimentación provista por la agencia de distribución del programa CSFP es fácil de leer y comprender.					
Pongo en práctica las recetas incluidas con mi caja del programa CSFP.					
Uso la mayoría de los alimentos provistos en mi caja del programa CSFP.					
Las recetas sugeridas por la agencia de distribución del programa CSFP son aptas a mi presupuesto.					
Mi agencia de distribución del programa CSFP proporciona información sobre otros programas nutricionales, de salud o asistencia disponibles en mi área.					

¿Qué información adicional podría proporcionarle su agencia de distribución del programa CSFP que le sería útil?

_____

¿Qué alimentos le gustaría encontrar en su caja del programa CSFP?

_____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.