

## Encuesta - Plan del Fondo de Desarrollo de Recursos Comunitarios

Nombre (Opcional):

Numero de telefono (Opcional):

Correo electronico (Opcional):

Identifique qué tipo de grupo representa marcando una de las siguientes categorías:

Individuo atendido por ELARC

Miembro de familia

Proveedor de Servicios

Defensor

Otros (especifique a continuación):

Especifique:

¿Cuál de las siguientes necesidades insatisfechas le gustaría que ELARC considere para el desarrollo futuro de recursos?

Agencia de salud en el hogar

Respiro fuera del hogar: cultura e idioma específicos de la comunidad asiática

Servicios de terapia en el hogar (OT, PT, habla): habla español, cantonés y mandarin

Programa diurno/ADHC

Servicios residenciales para adultos/niños con altas necesidades médicas, conductuales y de salud mental

Servicio residencial enfocado en forense

Enumere/describa cualquier necesidad no satisfecha que le gustaría que ELARC considere en futuras propuestas de desarrollo de recursos comunitarios: