受給者アンケート

高齢者および障害者の世帯におけるCalFresh（旧フードスタンプ）給付の更新方法の向上を図っています。ご意見をお聞かせください。

回答がCalFresh給付に影響を及ぼすことはありません。このアンケートは任意です。回答したくない質問には答える必要はありません。

記入後のアンケートは、申請書を郡に提出するために提供された封筒に入れてご返送ください。

1. CalFresh給付の更新の簡易度は？

   ☐ 非常に簡単
   ☐ やや簡単
   ☐ やや困難
   ☐ 非常に困難

2. CalFresh給付更新の際、面接があった方がいいと思いますか、ない方がいいと思いますか？

   ☐ あった方がいい
   ☐ ない方がいい
   ☐ どちらでもよい

3. 面接を希望すれば、受けることができたことをご存知でしたか？

   ☐ はい
   ☐ いいえ

4. CalFresh更新手続きにおける全体的な満足度をお答えください。

   ☐ 非常に満足
   ☐ やや満足
   ☐ やや不満足
   ☐ 非常に不満足

5. 不満足だった場合、それはなぜですか？該当するものすべてにチェックを入れてください。

   ☐ 書類の記入が非常に困難

   ☐ 必要な証明を集めるのが困難

   ☐ 質問に答えてくれる人に連絡を取るのが困難

   ☐ 給付金額が間違っているようだった

      ☐ 多すぎた

      ☐ 少なすぎた

   説明してください：

   _____
   _____
   _____
   _____

   ☐ その他（説明してください）：

   _____
   _____
   _____
   _____

ご協力ありがとうございました。提供いただいた情報をCalFresh更新方法の向上に役立てます。