

## Encuesta Familiar Confidencial

En la carta adjunta se hace mención de que [Nombre de la Organización] se comunicó con usted durante los últimos meses en relación al niño o niños en su hogar. Por favor conteste a las siguientes preguntas sobre su experiencia con [Nombre de la Organización] y el asistente social que lo contacto. Si más de un asistente social lo visito, por favor responda las preguntas relacionadas a la persona que usted vio más.

### Satisfacción

1. ¿Qué tan satisfecho está usted con el trato que le dio el asistente social a usted y su familia cuando visito su hogar?

Muy satisfecho    Algo satisfecho    Nada satisfecho

2. ¿Qué tan satisfecho está usted con la ayuda que usted y su familia recibieron del asistente social?

Muy satisfecho    Algo satisfecho    Nada satisfecho

3. ¿Qué tan probable es que usted llame al asistente social o a [Nombre de la Organización] en caso usted o su familia necesiten de su ayuda en el futuro?

Muy probable    Algo probable    Nada probable

### Relación con el Asistente social:

4. ¿Cómo se sintió después de la primera visita que asistente social de [Nombre de la Organización] le hizo a su casa?

<input type="checkbox"/> Aliviado	<input type="checkbox"/> Respetado	<input type="checkbox"/> Alentado
<input type="checkbox"/> Enojado	<input type="checkbox"/> Preocupado	<input type="checkbox"/> Agradecido
<input type="checkbox"/> Esperanzado	<input type="checkbox"/> Apoyado	<input type="checkbox"/> Estresado
<input type="checkbox"/> Temeroso	<input type="checkbox"/> Irrespetado	<input type="checkbox"/> Desalentado

5. ¿Cuántas visitas de la asistente social recibió usted o algún miembro a su familia?
- 1    2-5    6-10    Más de 10
6. ¿En general, cuanta atención presto el asistente social a las preocupaciones que usted o los miembros de su familia expresaron?
- Bastante atención    Algo de atención    No presto atención
7. ¿En general, que tan bien cree usted que el asistente social entendió sus y las necesidades de su familia?
- Muy bien  
 Más o menos bien  
 Nada bien
8. ¿Hubieron temas importantes para usted y su familia que no fueron discutidos con el asistente social?
- Si  
 No
9. ¿Qué tan frecuentemente el asistente social tomo en cuenta sus opiniones antes de tomar decisiones relacionadas a usted y su familia?
- Siempre  
 A veces  
 Nunca
10. ¿El asistente social reconoció las cosas que usted y su familia hacen bien?
- Si  
 No
11. ¿Qué tan fácil fue contactarse con el asistente social?
- Muy fácil    Algo fácil    Nada fácil

**Servicios y Necesidades**

12. ¿Usted o a su familia recibió alguna de las siguientes ayudas o servicios relacionadas a su experiencia con [Nombre de la Organización]?  
Indique todas las que corresponda.

<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia	<input type="checkbox"/> Asistencia de transporte o reparación de su auto
<input type="checkbox"/> Subvención para su vivienda	<input type="checkbox"/> Alimentos o ropa para su familia
<input type="checkbox"/> Asistencia con el pago de la renta	<input type="checkbox"/> Reparación de aparatos electrodomésticos, muebles o de su casa
<input type="checkbox"/> Asistencia con los gastos de servicio publico	<input type="checkbox"/> Servicios de asistencia publica
<input type="checkbox"/> Servicios médicos o dentales para su familia	<input type="checkbox"/> Algún tipo de ayuda financiera
<input type="checkbox"/> Ayuda para un miembro de su familia que este incapacitado	<input type="checkbox"/> Servicios legales
<input type="checkbox"/> Asistencia con el mantenimiento de su hogar (cocina o limpieza)	<input type="checkbox"/> Asistencia para el cuidado de su(s) hijo(s) o para tenerlos una guardería
<input type="checkbox"/> Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/> De alivio para un descanso, lejos de sus hijos
<input type="checkbox"/> Tratamiento para el alcoholismo o drogadicción	<input type="checkbox"/> Reuniones con otros padres acerca de la crianza de los hijos
<input type="checkbox"/> Capacitación o clases para la crianza de los hijos	<input type="checkbox"/> Asistencia con la matricula de clases educacionales
<input type="checkbox"/> Terapia de salud mental (individual, familiar)	<input type="checkbox"/> Asistencia en la búsqueda o cambio de empleo
<input type="checkbox"/> Servicios para violencia domestica	<input type="checkbox"/> Capacitación laboral o vocacional
	<input type="checkbox"/> Servicios de educación

13. ¿Hubo alguna ayuda que usted o su familia necesitaron pero no recibieron?

- Si
- No

Si las hubo, cuales fueron esta(s)?

---



---

## Resultados Relacionados a la Familia

14. ¿En general, usted y su familia se encuentran en mejor o peor estado como resultado de su experiencia con [Nombre de la Organización]?

Estamos en mejor situación  Estamos en igual situación  Estamos en peor situación

15. ¿Es usted un mejor padre como resultado de su experiencia con [Nombre de la Organización]?

Si  
 No

16. ¿Sus niños tienen más seguridad como resultado de su experiencia con [Nombre de la Organización]?

Si  
 No

17. ¿Tiene usted más capacidad de proveer necesidades básicas como alimentos, ropas, albergue, o servicios médicos como resultado de su experiencia con [Nombre de la Organización]?

Si  
 No

## Características Socio-Demográficas

18. ¿Cuál es su más alto nivel de educación?

Menor a 8<sup>avo</sup> grado  
 8<sup>avo</sup> – 11<sup>avo</sup> grado  
 Diploma de educación secundaria o GED  
 Algo de educación universitaria o escuela técnica  
 Título de una institución educativa de 2 años  
 Título de una institución educativa de 4 años  
 Estudio de postgrado o título de postgrado

19. ¿Cual fue el total de ingresos de su hogar el año pasado?

\$0 - \$9,999  
 \$10,000 – \$19,999  
 \$20,000 – \$29,999  
 \$30,000 – \$39,999

- \$40,000 – \$49,999
- \$50,000 – \$59,999
- \$60,000 o más

20. ¿Cuál es su genero?

- Masculino
- Femenino

21. ¿Es usted Hispano, Latino, o originario de España?

- Si (por favor, especifique) \_\_\_\_\_
- No

22. ¿Cuál es su raza?

Indique todas las que corresponda.

- Negro o Afro-Americano
- Blanco
- Indio Americano
- Oriental
- Originario de Hawaii o de las Islas del Pacifico
- Otra (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

23. ¿Le ofrecieron servicios en su idioma de preferencia?

- Si – En Inglés
- Si – En otro idioma
- No

**Muchas gracias.**

**Por favor proporcione la siguiente información para que le podamos mandar su CHEQUE.**

Su Nombre \_\_\_\_\_

Calle o PO Box \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_