

Encuesta Confidencial de Familia – IR 2

Por favor llene la siguiente información y así podremos enviarle su TARJETA DE REGALO.

Si esta información está en blanco o es incorrecta, podría demorar o detener su TARJETA DE REGALO.

Su nombre _____

Dirección o Casillero Postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Correo Postal _____

Como parte de nuestra investigación de estudio, nos estaríamos contactando con algunos familiares en el futuro de nuevo para más preguntas. Las personas que participen en esta encuesta, recibirán una tarjeta de regalo adicional. Nosotros entendemos que algunas personas desearían no ser contactadas, así que por favor marque el cuadrado para hacérselo saber.

¿Podemos contactarlo en un futuro cercano para otras oportunidades de encuesta de investigación?

Sí No

Encuesta Confidencial de Familia – IR

Una oficina de asistencia social de niños lo ha contactado algunos meses atrás con respecto a uno o más niños en su casa. Por favor responda las siguientes preguntas acerca de su experiencia con la oficina de asistencia social y del asistente social que lo contacto. Si más de un asistente social visitó su casa, por favor responda las preguntas acerca de la persona que lo visitó más veces.

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 la oficina de asistencia social de niños 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 la oficina de asistencia social de niños 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

Nosotros estamos interesados en saber de cómo se siente acerca de su participación con el o los asistentes sociales y sus oficinas de asistencia social. No hay respuestas correctas o incorrectas en ninguna de estas preguntas. Por favor, responda lo más abiertamente y honestamente que pueda.

Aquí tenemos algunas opciones de cómo podría sentirse una familia teniendo un asistente social involucrada en sus vidas. Algunas son positivas y otras son negativas. Tal vez usted tenga los dos sentimientos positivos y negativos al mismo tiempo. Por favor, lea cada oración y piense como se siente en éste momento acerca de su participación con el asistente social y su oficina.

- | | | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|
| 12. | Mi familia obtuvo la ayuda que realmente necesitaba del asistente social. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 13. | Me di cuenta que necesito alguna ayuda para estar seguro que mis hijos tengan lo que necesitan. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 14. | Estaba bien antes de que el asistente social se involucrara. El problema es de ellos, no mío. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 15. | Realmente usé los servicios que mi asistente social me dio. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 16. | Fue difícil para mí trabajar con el asistente social. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 17. | Hubo una razón buena para que el asistente social se involucrara con mi familia. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 18. | Trabajando con el asistente social me ha dado más esperanzas acerca de cómo va a ser mi vida en el futuro. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 19. | Pienso que hay un respeto mutuo entre mi asistente social y yo. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 20. | Mi asistente social y yo estuvimos de acuerdo acerca de lo que fue lo mejor para mi hijo(s). | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 21. | Sentí que podía confiar en mi asistente social que era justo y podía ver las cosas de mi punto de vista. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 22. | Pienso que las cosas están mejores por la participación del asistente social con mi familia. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 23. | Mi asistente social quería que haga lo mismo que yo pensaba hacer. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 24. | Definitivamente había algunos problemas en mi familia que el asistente social los vio. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 25. | Mi asistente social no entendió en absoluto mi situación. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 26. | Mi asistente social me ayudó a resolver algunos problemas en mi vida. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 27. | Mi asistente social me ayudó a que mi familia sea más fuerte. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| 28. | Mi asistente social no pudo entenderme. | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |

Servicios y Necesidades

29. ¿Usted o su familia recibió alguna de las siguientes ayudas o servicios relacionadas a su experiencia con la oficina de asistencia social de niños? Indique todas las que corresponda.

Nosotros no recibimos ningún servicio

<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 matrícula 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

30. Si usted recibió ayuda por el servicio del asistente social (o la referencia que él le dio) fue:

- a. ¿El tipo de ayuda que usted necesitaba? sí no no recibí ningún servicio
- b. ¿Suficiente que realmente lo ayudó? sí no no recibí ningún servicio

31. Was there any help that you or your family needed but did not receive?

Yes No

If yes, what?

Resultados Relacionados a la Familia

32. ¿En general, usted y su familia se encuentran en mejor o peor estado como resultado de su experiencia con la oficina de asistencia social de niños?

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

33. ¿Es usted un mejor padre como resultado de su experiencia con la oficina de asistencia social de niños?

Si No

34. ¿Sus niños tienen más seguridad como resultado de su experiencia con la oficina de asistencia social de niños?

Si No

35. ¿Tiene usted más capacidad de proveer necesidades básicas como alimentos, ropas, albergue, o servicios médicos como resultado de su experiencia con la oficina de asistencia social de niños?

Si No

Acerca de usted y su familia

36. Hay alguien en su vida que:

	<i>Si, cuando lo necesito</i>	<i>Si, a veces</i>	<i>Si, pocas veces</i>	<i>No, ninguna vez</i>
¿Pueda provocarle momentos de estrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Pueda hablarle acerca de lo que sucede en su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe que puede ayudarlo si realmente lo necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede pedirle que cuide a sus hijos si lo necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Pueda pedirle transporte si lo necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede ayudarlo financieramente si lo necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Menor a 8^{avo} grado
- 8^{avo} – 11^{avo} 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

38. ¿Cuál 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

39. ¿Cuál es su género?

- Masculino
- Femenino

40. ¿Es usted Hispano, Latino, u originario de España?

- Si (por favor, especifique) _____
- No

41. ¿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) _____

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

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

Muchas gracias.