

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 satisfecho Algo satisfecho Nada satisfecho

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

¿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

12. ¿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

13. ¿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

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

Si No

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

Si No

16. ¿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

17. Yo realmente utilicé los servicios lo cual me dio mi gerente de casos.

Muy Acuerdo Acuerdo No Se No Estoy De Acuerdo Fuertemente No Estoy De Acuerdo

18. Trabajando con me gerente de casos me ha dado más esperanza sobre como mi vida sera en el futuro.

Muy Acuerdo Acuerdo No Se No Estoy De Acuerdo Fuertemente No Estoy De Acuerdo

19. Yo no estaba haciéndolo sin ganas, verdaderamente estaba trabajando con mi gerente de caso.

Muy Acuerdo Acuerdo No Se No Estoy De Acuerdo Fuertemente No Estoy De Acuerdo

20. Lo que la agencia quería que yo hiciera era lo mismo que yo quería.

Muy Acuerdo Acuerdo No Se No Estoy De Acuerdo Fuertemente No Estoy De Acuerdo

Características Socio-Demográficas

21. ¿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

22. ¿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

23. ¿Cuál es su genero?

- Masculino
- Femenino

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

- Si (por favor, especifique) _____
- No

25. ¿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) _____

26. ¿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 para ganar un tarjeta de regalo de \$100!

Su Nombre _____

Calle o PO Box _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____