

Arizona Statewide Independent Living Council (SILC) Evaluación de Necesidades 2011

1. INTRODUCCIÓN

El Consejo Estatal de Vida Independiente está realizando una encuesta para recabar información sobre programas y servicios relacionados con la discapacidad, que proporcionan oportunidades para que las personas con discapacidad puedan llevar una vida independiente dentro de su comunidad. La información que se recoja evaluará cómo esos programas y servicios satisfacen las necesidades de las personas con discapacidad que viven en Arizona. Los resultados de la encuesta proporcionarán a SILC la información estadística y otro tipo de información necesaria para trabajar con las personas que abogan por los derechos de las personas con discapacidad y los que establecen políticas a fin de crear nuevos programas, mejorar y revisar los programas actuales que asisten a los ciudadanos con discapacidad de Arizona.

Por lo tanto, su participación en el proceso es importante. Por favor complete la encuesta adjunta. SILC desea escuchar de las mismas personas con discapacidad, su familia, amigos, personas que los cuidan y demás partes interesadas. No dude en expresar sus pensamientos e ideas acerca de lo que se necesita y cómo se puede mejorar la forma de vida en Arizona para quienes tienen una discapacidad.

Por favor siéntase libre de responder las preguntas como mejor considere y no conteste aquellas con las que no se siente cómodo. La información que comparta en esta encuesta permanecerá confidencial; SILC no utilizará ni adjuntará ningún nombre a la información en el informe. Y recuerde, no hay respuestas equivocadas.

Gracias por tomarse el tiempo para compartir sus ideas y pensamientos.

Este material se encuentra disponible en diferentes formatos. Si usted desea solicitar un formato alternativo o tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con Tony DiRienzi, al 602-262-2900 o por correo electrónico a la siguiente dirección tony@azsilc.org.

AZ SILC
The Disability Empowerment Center
5025 E Washington Street, Suite 214
Phoenix AZ 85034

Arizona Statewide Independent Living Council (SILC)
Evaluación de Necesidades 2011

2. IDENTIFICAR A LA PERSONA ENCUESTADA

Por favor identifíquese a sí mismo:

- Persona con discapacidad
- Padre de un menor o tutor de persona adulta con discapacidad*
- Familiar/pareja de adulto con discapacidad*
- Amigo/ asistente personal de adulto con discapacidad*
- Defensor de la comunidad/proveedor de servicios (pase a la SECCIÓN 8)
- Otro (por favor especifique) _____

3. SENTIMIENTOS EN GENERAL

A continuación una lista de expresiones que tienen relación con sus sentimientos en general como una persona con discapacidad. Por favor marque la respuesta que mejor describa como se siente en relación a usted.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. En general estoy satisfecho con mi vida.	_____	_____	_____	_____
b. En general mi salud física es buena.	_____	_____	_____	_____
c. Puedo vivir en forma independiente.	_____	_____	_____	_____
d. Puedo mantenerme y vivir con mi presupuesto.	_____	_____	_____	_____
e. Puedo conseguir la atención médica que necesito.	_____	_____	_____	_____
f. Estoy feliz con mi situación de vida actual.	_____	_____	_____	_____
g. Recibo el apoyo social y emocional que necesito.	_____	_____	_____	_____

Arizona Statewide Independent Living Council (SILC)
Evaluación de Necesidades 2011

- h. Participo y me siento conectado con mi comunidad. _____
- i. Puedo acceder a los servicios que necesito. _____
- j. Tengo oportunidades adecuadas para involucrarme en la comunidad. _____
- k. Creo que la gente tiene una buena comprensión de la discapacidad. _____
- l. Me siento discriminado por mi discapacidad. _____

4. DATOS DEMOGRÁFICOS

POR FAVOR CONTESTE A LA DEMOGRAFÍA COMO UNA DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.

¿Cuál es su sexo?

_____ Masculino _____ Femenino

¿Cuál es su discapacidad? (Puede marcar más de una)

- _____ Cognitiva
- _____ Mental
- _____ Física
- _____ Sensorial – Auditiva
- _____ Sensorial – Visual

¿Cuál es su edad?

- _____ Menor de 5 _____ 5 a 15
- _____ 16 a 24 _____ 25 a 44
- _____ 45 a 64 _____ 65 años en adelante

Arizona Statewide Independent Living Council (SILC)
Evaluación de Necesidades 2011

¿Cómo describiría su identidad étnica? (Marque lo que es pertinente)

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/Afroamericano
- Caucásico
- Hispano/Latino
- Hawaiano Nativo
- Otro (por favor especifique) _____

¿Cuál es su ingreso familiar anual?

- Prefiero no contestar
- \$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-\$69,999
- \$70,000 o más

¿Cómo describiría usted su acuerdo de convivencia?

- Vive solo
- Con cónyuge/pareja
- Con los padres
- Con los hijos
- Con familiar(es) o amigo(s)
- Con otras personas, como un asistente o el ama de llaves
- Casa hogar
- Centro de Salud Mental
- Residencia geriátrica/centro de cuidados especiales
- Centro de Vida Asistida

Arizona Statewide Independent Living Council (SILC)
Evaluación de Necesidades 2011

Sin dirección fija – sin hogar

Otro (por favor especifique) _____

¿Cuál es el más alto grado de instrucción o años que haya completado en la escuela?

Sin instrucción formal

Educación primaria (1-8)

Educación secundaria, sin diploma (9-12)

Certificado/diploma de educación especial

Diploma de secundaria o Examen de Desarrollo de Educación General (GED)

Grado de asociado o certificado vocacional

Licenciatura

Maestría o superior

¿Cuál es su condición laboral actual?

Nunca he laborado Trabajador independiente

Empleado de medio tiempo (31 horas semanales o menos)

Empleado de tiempo completo (32 horas semanales o más)

Desempleado por más de 1 año

Desempleado por menos de 1 año

Estudiante

Jubilado

¿Es usted un veterano de guerra?

Sí No

Arizona Statewide Independent Living Council (SILC)
Evaluación de Necesidades 2011

5. SERVICIOS

Por favor responda 'Sí' o 'No' para indicar si usted ha necesitado algunos de los siguientes servicios en los últimos 6 meses.

(Marque todo lo que es pertinente)	Sí	No
a. Servicios de Defensa / Asesoría Legal	_____	_____
b. Tecnología Asistida	_____	_____
c. Servicios de Salud Conductual	_____	_____
d. Asistencia para Obtener Beneficios	_____	_____
e. Asistencia para Comunicarse	_____	_____
f. Servicios de Emergencia/Seguridad	_____	_____
g. Servicios de Empleo/Formación Profesional	_____	_____
h. Cuidado de la Salud	_____	_____
i. Modificaciones en la Vivienda	_____	_____
j. Vivienda	_____	_____
k. Entrenamiento de Habilidades para la Vida Independiente	_____	_____
l. Información y Referencia	_____	_____
m. Servicios de Intérprete	_____	_____
n. Entrenamiento para Transportarse Independientemente	_____	_____
o. Asistencia de Transición a Residencia Geriátrica	_____	_____
p. Apoyo de los Pares	_____	_____
q. Servicios de Asistencia Personal	_____	_____

Arizona Statewide Independent Living Council (SILC)
Evaluación de Necesidades 2011

- | | | |
|-----------------------------------|-------|-------|
| r. Transporte Personal | _____ | _____ |
| s. Refugio Temporal de Emergencia | _____ | _____ |
| t. Servicios de Transporte | _____ | _____ |
| u. Otro (por favor especifique) | _____ | |

Por favor responda 'Sí' o 'No' para indicar si usted ha recibido algunos de los siguientes servicios en los últimos 6 meses.

(Marque todo lo que es pertinente)	Sí	No
a. Servicios de Defensa / Asesoría Legal	_____	_____
b. Tecnología Asistida	_____	_____
c. Servicios de Salud Conductual	_____	_____
d. Asistencia para Obtener Beneficios	_____	_____
e. Asistencia para Comunicarse	_____	_____
f. Servicios de Emergencia/Seguridad	_____	_____
g. Servicios de Empleo/Formación Profesional	_____	_____
h. Cuidado de la Salud	_____	_____
i. Modificaciones en la Vivienda	_____	_____
j. Vivienda	_____	_____
k. Entrenamiento de Habilidades para la Vida Independiente	_____	_____
l. Información y Referencia	_____	_____
m. Servicios de Intérprete	_____	_____
n. Entrenamiento para Transportarse Independientemente	_____	_____
o. Asistencia de Transición a Residencia Geriátrica	_____	_____

Arizona Statewide Independent Living Council (SILC)
Evaluación de Necesidades 2011

- | | | |
|-------------------------------------|-------|-------|
| p. Apoyo de los Pares | _____ | _____ |
| q. Servicios de Asistencia Personal | _____ | _____ |
| r. Transporte Personal | _____ | _____ |
| s. Refugio Temporal de Emergencia | _____ | _____ |
| t. Servicios de Transporte | _____ | _____ |
| u. Otro (por favor especifique) | _____ | |

5. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMAS

¿Ha utilizado alguna vez los servicios de algunas de las siguientes instituciones?
(Marque todo lo que es pertinente)

- _____ Asociación de Jubilados de los Estados Unidos (AARP por sus siglas en inglés)
- _____ Agencia del Área sobre el Envejecimiento
- _____ Arizona Bridge to Independent Living in Phoenix (Puente a una Vida independiente de Arizona, en Phoenix)
- _____ Centro para las Leyes de Discapacidad de Arizona (ACDL por sus siglas en inglés)
- _____ La Comisión de Arizona para Personas Sordas o con Problemas de Audición (ACDHH por sus siglas en inglés)
- _____ Departamento de Educación de Arizona
- _____ Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS por sus siglas en inglés)
- _____ Asociación de Defensa para Personas con Discapacidad de Arizona
- _____ Sistema de Contención de Costos de Cuidado Médico en Arizona (AHCCCS por sus siglas en inglés)
- _____ Asociación de Arizona de Lesión de Médula Espinal (AZSCI por sus siglas en inglés)
- _____ Asociación de Esclerosis Múltiple de Arizona

Arizona Statewide Independent Living Council (SILC)
Evaluación de Necesidades 2011

- ¡AYUDA! Para la Independencia en Tuba City
- CyberCIL en Internet
- DIRECT en Tucson
- Servicios de Rehabilitación para una Vida Independiente (ILRS por sus siglas en inglés)
- Comunidades Tribales de Indígenas Americanos
- Nuevos Horizontes en Flagstaff y Prescott
- Servicios para Maximizar la Vida Independiente y el Empoderamiento (SMILE por sus siglas en inglés) en Yuma
- Administración de los Asuntos de los Veteranos de Guerra
- Rehabilitación Vocacional
- Otro (por favor especifique) _____

7. VOTO

¿Votó usted en la última elección?

- Sí
- No se inscribió para votar
- No está habilitado para votar
- No

8. NECESIDADES MÁS IMPORTANTES DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD EN ARIZONA

¿Cuáles cree usted son las necesidades más importantes de los arizonianos con discapacidad? Por favor marque la respuesta que mejor refleje lo que usted piensa.

	No es una necesidad	Una pequeña necesidad	Una moderada necesidad	Una importante necesidad
a. Servicios de Defensa / Asesoría Legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arizona Statewide Independent Living Council (SILC)
Evaluación de Necesidades 2011

b. Tecnología Asistida	_____	_____	_____	_____
c. Servicios de Salud Conductual	_____	_____	_____	_____
d. Asistencia para Obtener Beneficios	_____	_____	_____	_____
e. Asistencia para Comunicarse	_____	_____	_____	_____
f. Servicios de Emergencia	_____	_____	_____	_____
g. Servicios de Empleo	_____	_____	_____	_____
h. Cuidado de la Salud	_____	_____	_____	_____
i. Modificaciones en la Vivienda	_____	_____	_____	_____
j. Vivienda	_____	_____	_____	_____
k. Entrenamiento de Habilidades para la Vida Independiente	_____	_____	_____	_____
l. Información y Referencia	_____	_____	_____	_____
m. Servicios de Intérprete	_____	_____	_____	_____
n. Entrenamiento para Transportarse Independientemente	_____	_____	_____	_____
o. Asistencia de Transición a Residencia Geriátrica	_____	_____	_____	_____
p. Apoyo de los Pares	_____	_____	_____	_____
q. Servicios de Asistencia Personal	_____	_____	_____	_____
r. Transporte Personal	_____	_____	_____	_____
s. Refugio Temporal de Emergencia	_____	_____	_____	_____
t. Servicios de Transporte	_____	_____	_____	_____

Arizona Statewide Independent Living Council (SILC)

Evaluación de Necesidades 2011

u. Otro (por favor especifique)

¿Dónde está situada su casa (de la persona con discapacidad) u oficina (profesional)?

Código postal

Nombre de la Comunidad Tribal

Otro

Opcional:

En el futuro el Consejo Estatal de Vida Independiente de Arizona puede realizar evaluaciones más exhaustivas y detalladas relacionadas con áreas específicas de la información obtenida por medio de esta encuesta. Estamos recogiendo datos de personas que quieran participar en nuestras evaluaciones posteriores. La información es únicamente para uso interno y en modo alguno se distribuirá.

Nombre:

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Dirección Electrónica

Comentarios: