



VERSIÓN FAMILIAR DE LA ENCUESTA

UCP Oregon desea conocer la opinión de las personas a las que brinda apoyo. Empleamos esta encuesta como medio para recopilar información que nos ayudará a comprender qué funciona bien con el apoyo que ofrecemos y qué podemos mejorar.

Realice esta encuesta si tiene lazos con UCP al ser una persona con una discapacidad que recibe servicios o bien es familiar de alguien a quien brindamos nuestros servicios.

Tenga en cuenta que solo debe completar la encuesta una sola vez. Puede dejar de contestar la encuesta en cualquier momento. Sus respuestas serán confidenciales (no le solicitaremos su nombre ni ninguna otra información que pudiera identificarlo). Completar la encuesta le llevará aproximadamente 20 minutos.

Si desea participar y tener la posibilidad de ganar una tarjeta de regalo de Amazon por un valor de \$50, ingrese su correo electrónico en la última página de la encuesta. El correo electrónico no se vinculará con las respuestas de la encuesta. Al cierre del período de la encuesta, se escogerá una dirección de correo electrónico al azar y se le entregará la tarjeta de regalo.

Si tiene preguntas sobre la encuesta, envíe un mensaje de correo electrónico a CSurvey@ucporegon.org

¡Gracias!

CUÉNTENOS SOBRE LA PERSONA CON DISCAPACIDADES

Sabemos que los familiares pueden desempeñar una variedad de roles en las vidas de las personas con discapacidades. Para esta encuesta, deseamos conocer sus impresiones sobre UCP, ya sea que participe directamente o no de la planificación o la orientación de los servicios que reciba su familiar. Las instrucciones que se encuentran en la parte superior de cada página lo ayudarán a comprender cómo responder las siguientes preguntas.

Si no es un familiar pero responde la encuesta en nombre de una persona con discapacidad, deberá responder las preguntas sobre las experiencias de la persona con discapacidad.

1. Yo (elija una opción)













- Soy familiar de una persona con discapacidad
 - Respondo en nombre de una persona con discapacidad (por ejemplo, proveedor de apoyo directo)
- _____

CUÉNTENOS SOBRE SU EXPERIENCIA COMO FAMILIAR

Deseamos informarnos más acerca de su relación con los servicios de UCP en calidad de familiar. Responda las siguientes preguntas sobre usted.

¿Ha participado en alguna de las actividades de apoyo para familiares ofrecidas por UCP? (marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grupo de nuevo diagnóstico | <input type="checkbox"/> No he participado en ninguna actividad de apoyo para familiares |
| <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |
| <input type="checkbox"/> Salidas divertidas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Atención de alivio y hospitalidad (“Respitality”) | |

<p>2. ¿Usted participa en la gestión de los servicios que su familiar recibe de UCP (por ejemplo, planificación del Plan de Servicios Individuales [ISP, por sus siglas en inglés], programación de horas del personal, organización de apoyos)?</p>	<p>Sí</p> 	<p>A veces</p> 	<p>No</p> 	<p>No sé</p> 	<p>Prefiero no contestar</p> 	<p>No corresponde</p> 
<p>3. ¿Está satisfecho con el nivel de participación?</p>	<p>Sí</p> 	<p>A veces</p> 	<p>No</p> 	<p>No sé</p> 	<p>Prefiero no contestar</p> 	<p>No corresponde</p> 
<p>4. ¿Hay algo que le gustaría compartir con UCP desde su perspectiva como familiar de una persona que recibe servicios?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						

Piense en su familiar para responder las preguntas a continuación. Si en su familia hay más de una persona con una discapacidad, complete la encuesta para solo un miembro de su familia.

5. ¿Qué edad tiene la persona con discapacidad? (Elija una opción)

- 0-3
- 4-11
- 12-17
- 18-21
- 22-35
- 36-50
- 51-64
- 65+

6. ¿Cómo se identifica esta? (marque todas las opciones que correspondan)

- Niña/mujer
- Niño/hombre
- Transgénero
- Prefiero no contestar
- Otro: _____

7. Raza/origen étnico (elija una opción)

¿Es hispana, latina o de origen español?

- Sí
- No

8. ¿Cómo describe la persona su origen racial/étnico? (marque todas las opciones que correspondan)

- Indígena estadounidense o indígena de Alaska
- Asiático o asiático estadounidense
- Negra o afroestadounidense
- Indígena de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Medio oriental o norteafricano
- Blanco o caucásico
- Prefiero no contestar
- Otro: _____

8. ¿En qué condado vive? (Elija una opción)

- Multnomah
- Clackamas
- Washington
- Clark
- Wasco
- Hood River

9. Tipo de discapacidad (marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual/cognitiva | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista o discapacidad sensorial | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física (visual, sordera, movilidad, discapacidad no relacionada con el desarrollo) | |

10. ¿Con qué frecuencia interactúa con UCP o recibe servicios de este? (Elija una opción)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Todos los días | <input type="radio"/> Dos veces al año |
| <input type="radio"/> Semanalmente | <input type="radio"/> Una vez al año |
| <input type="radio"/> Mensual | <input type="radio"/> Menos de una vez por año |

CUÉNTENOS QUÉ OPINA SOBRE UCP


Deseamos conocer sus experiencias con UCP. Responda las siguientes preguntas desde su perspectiva de familiar.

11. ¿Los miembros del personal de UCP los tratan a usted y a su familiar con respeto?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
12. ¿Usted (y su familiar si corresponde) siente que tiene la comodidad para decirle a alguien de UCP cuando las cosas no están bien?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
13. ¿Usted (y su familiar, si corresponde) siente que, si lo deseara, podría participar en la elaboración de metas de UCP?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 

14. ¿Cómo puede mejorar UCP?

15. ¿Qué servicios de UCP recibe su familiar? (marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> UCP Connections (servicios de intermediación) | <input type="checkbox"/> Building Blocks (servicios para niños) |
| <input type="checkbox"/> Soluciones laborales (empleo con apoyo) | <input type="checkbox"/> No recibe servicios de UCP |
| <input type="checkbox"/> Foundations (vida asistida) | <input type="checkbox"/> No sé |

16. ¿Su familiar recibe el apoyo que necesita de UCP?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
17. ¿A usted le gusta el apoyo que su familiar recibe de UCP?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
18. ¿Usted (y su familiar, si corresponde) toma decisiones sobre los apoyos que recibe su familiar de UCP?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
19. ¿Usted (y su familiar, si corresponde) elige al personal que brinda apoyo a su familiar?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 

AMIGOS, RELACIONES Y VÍNCULOS COMUNITARIOS

Cuéntenos acerca de los vínculos que tiene su familiar con los demás. Comunidad puede hacer referencia al vecindario, el trabajo, un club social, una organización religiosa, un grupo en línea, un equipo u otro grupo de personas que tengan los mismos intereses o creencias.

20. ¿Considera que su familiar pertenece a una comunidad?		A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
21. ¿Considera que su familiar pasa el suficiente tiempo con su comunidad?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
22. ¿UCP ayuda a su familiar a pasar el suficiente tiempo con su comunidad?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
23. ¿Su familiar ayuda a otras personas de su comunidad?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
24. ¿UCP brinda apoyo a su familiar para que ayude a otras personas?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 

<p>25.¿Se siente complacido por la cantidad de amigos que tiene su familiar?</p>	<p>Sí</p> 	<p>A veces</p> 	<p>No</p> 	<p>No sé</p> 	<p>Prefiero no contestar</p> 	<p>No corresponde</p> 
<p>26.¿UCP ayuda a su familiar a hacer las cosas que desea?</p>	<p>Sí</p> 	<p>A veces</p> 	<p>No</p> 	<p>No sé</p> 	<p>Prefiero no contestar</p> 	<p>No corresponde</p> 
<p>27.¿Usted (y su familiar) siente que forma parte de la comunidad de UCP?</p>	<p>Sí</p> 	<p>A veces</p> 	<p>No</p> 	<p>No sé</p> 	<p>Prefiero no contestar</p> 	<p>No corresponde</p> 

ACTIVIDADES DIARIAS







Indíquenos de qué forma su familiar pasa el tiempo. Para responder las preguntas, piense en lo que normalmente hace durante el día y la semana.

28. ¿Qué actividades realiza su familiar durante el día? (marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Pasar tiempo en casa |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Pasar tiempo llevando a cabo las actividades que disfruto en la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Voluntariado | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Servicio diurno | |

29. De las actividades que seleccionó, ¿cuáles realiza con mayor frecuencia durante la semana? (Elija una opción)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Trabajo | <input type="radio"/> Pasar tiempo en casa |
| <input type="radio"/> Escuela | <input type="radio"/> Pasar tiempo llevando a cabo las actividades que disfruto en la comunidad |
| <input type="radio"/> Voluntario | <input type="radio"/> Otro: _____ |
| <input type="radio"/> Servicio diurno | |

30. Durante la semana, ¿le gustaría hacer alguna otra cosa?	Sí	A veces	No	No sé	Prefiero no contestar	No corresponde
						

31. Si la respuesta es afirmativa, ¿a dónde le gustaría pasar más tiempo durante el día todas las semanas? (Elija una opción)

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Trabajo | <input type="radio"/> Pasar tiempo en casa |
| <input type="radio"/> Escuela | <input type="radio"/> Recreación |
| <input type="radio"/> Voluntario | <input type="radio"/> Otro: _____ |
| <input type="radio"/> Servicio diurno | |

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Deseamos conocer sus experiencias al tomar decisiones y manifestar las necesidades que tienen usted y su familiar.

<p>32.¿El personal de UCP con el que interactúa (por ejemplo, agente personal, apoyo en el empleo) lo ayuda a usted (y a su familiar, si corresponde) a tomar sus propias decisiones?</p>	<p>Sí</p> 	<p>A veces</p> 	<p>No</p> 	<p>No sé</p> 	<p>Prefiero no contestar</p> 	<p>No corresponde</p> 
<p>33.¿El personal de UCP ayuda a su familiar a aprender habilidades para hacer cosas de manera independiente (desplazarse, hacer amistades, aprender un nuevo pasatiempo)?</p>	<p>Sí</p> 	<p>A veces</p> 	<p>No</p> 	<p>No sé</p> 	<p>Prefiero no contestar</p> 	<p>No corresponde</p> 
<p>34.¿Considera que su familiar puede valerse por sí mismo en el lugar en el que vive?</p>	<p>Sí</p> 	<p>A veces</p> 	<p>No</p> 	<p>No sé</p> 	<p>Prefiero no contestar</p> 	<p>No corresponde</p> 
<p>35.¿Considera que su familiar puede valerse por sí mismo en el lugar en el que pasa la mayor parte del tiempo durante el día?</p>	<p>Sí</p> 	<p>A veces</p> 	<p>No</p> 	<p>No sé</p> 	<p>Prefiero no contestar</p> 	<p>No corresponde</p> 
<p>36.¿Considera que UCP lucha por las personas con discapacidades y sus familias?</p>	<p>Sí</p> 	<p>A veces</p> 	<p>No</p> 	<p>No sé</p> 	<p>Prefiero no contestar</p> 	<p>No corresponde</p> 

INFORMACIÓN

37. Recibe suficiente información sobre lo siguiente: (Marque una opción por fila)

	Sí	No	No le interesa
El apoyo que recibe su familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros apoyos que brinda UCP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información actualizada sobre UCP (por ejemplo, cambios de personal, cambios de servicios, actividades del Directorio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eventos de UCP (por ejemplo, eventos de recaudación de fondos, pícnicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividades comunitarias en las que participa UCP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eventos de protección (por ejemplo, actividades de autodefensa, actividad legislativa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ingrese su correo electrónico para tener la posibilidad de ganar una tarjeta de regalo de Amazon por un valor de \$50: _____