



VERSIÓN INDIVIDUAL 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 ucp@ucporegon.org.

¡Gracias!

ACERCA DE USTED

Si es una persona con discapacidad, deberá responder las preguntas de la encuesta sobre usted mismo. No dude en pedir ayuda con la encuesta si la necesita.

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)

- Persona con discapacidad (con o sin apoyo para completar la encuesta)
 - Respondo en nombre de una persona con discapacidad (por ejemplo, proveedor de apoyo directo)
- _____

2. Edad (elija una opción)

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

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

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

4. Raza/origen étnico (elija una opción)

¿Es hispano, latino o de origen español?

- Sí
- No

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o indígena de Alaska | <input type="checkbox"/> Medio oriental o norteafricano |
| <input type="checkbox"/> Asiático o asiático estadounidense | <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |
| <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái o de otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

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

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

7. 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) | |



















8. ¿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

























Si es la persona que recibe servicios, piense en UCP para responder las preguntas. Marque una sola respuesta para cada pregunta.

Si responde en nombre de alguien que recibe servicios, piense en las experiencias de esta persona para responder las siguientes preguntas. Cuando consultamos sobre “usted” en estas preguntas, hacemos referencia a la persona que recibe los servicios.

	Sí	A veces	No	No sé	Prefiero no contestar	No corresponde
9. ¿Los miembros del personal de UCP lo tratan con respeto?						
10. ¿Siente que tiene la comodidad para decirle a alguien de UCP cuando las cosas no están bien?						
11. ¿Siente que, si lo deseara, podría participar en la elaboración de metas de UCP?						
12. ¿Cómo puede mejorar UCP?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					

13.¿Qué servicios de UCP recibe? (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 |

14.¿Obtiene el apoyo que necesita?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
15.¿Le gusta el apoyo que recibe?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
16.¿Elige los apoyos?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
17.¿Elige al personal de apoyo?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 

AMIGOS, RELACIONES Y VÍNCULOS COMUNITARIOS

Cuéntenos cómo es su experiencia al participar en la comunidad y sus vínculos 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. Piense acerca de una comunidad que sea importante para usted, su familiar o la persona a la que brinde apoyo para responder las siguientes preguntas. Marque una sola respuesta para cada pregunta.

18. ¿Considera que pertenece a una comunidad?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
19. ¿Considera que pasa el suficiente tiempo en su comunidad?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
20. ¿UCP lo ayuda a pasar el suficiente tiempo en su comunidad?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
21. ¿Ayuda a otras personas de su comunidad?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 
22. ¿UCP le brinda apoyo para que ayude a otras personas?	Sí 	A veces 	No 	No sé 	Prefiero no contestar 	No corresponde 

<p>23.¿Se siente complacido por la cantidad de amigos que tiene?</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>24.¿UCP lo ayuda 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>25.¿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 pasa el tiempo. Para responder las preguntas, piense en lo que normalmente hace durante el día y la semana.

26. ¿Qué actividades realiza 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 | |

27. De las actividades que realiza durante el día, ¿cuál lleva a cabo con mayor frecuencia todas las semanas? (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 | |

28. Durante la semana, ¿le gustaría hacer alguna otra cosa?

Sí



A veces



No



No sé



Prefiero no contestar



No corresponde



29. 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

Cuéntenos su experiencia al defenderse a usted mismo y estar a cargo de su propia vida.

<p>30. ¿El personal de UCP (por ejemplo, agente personal, apoyo en el empleo) lo ayuda 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>31. ¿El personal de UCP lo ayuda 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>32. ¿Considera que puede defender sus derechos en el hogar?</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. ¿Considera que puede defender sus derechos en el lugar en el que pasa la mayor cantidad de 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>34. ¿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

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

	Sí	No	No le interesa
El apoyo que recibe	<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: _____