

Formulario de opinión sobre los Servicios de Defensa y de Apoyo

Gracias por tu ayuda. Tus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a mejorar nuestros servicios. Por favor, responde honestamente; no hay respuestas correctas o incorrectas. Tus respuestas son confidenciales y muy importantes para nosotros. Hazlo tan rápido como puedas. Cuando termines, por favor coloca esta encuesta en el sobre que te dimos, ciérralo; luego colócalo en el lugar confidencial que la defensora te mostró.

1. Las personas vienen a nuestro programa por diferentes tipos de ayuda. La siguiente lista describe diferentes tipos de servicios que puede que hayas querido y que podrías haber recibido de alguien en este programa. Cada persona quiere y necesita diferentes cosas así que no hay respuestas “correctas”. Por favor, califica *cada* una de las cosas de la lista de acuerdo a la ayuda que recibiste con el número de la caja que describe tu experiencia.

3 = Recibí toda la ayuda de este tipo que quise
2 = Recibí algo de ayuda de este tipo que quise
1 = Quería este tipo de ayuda pero no me la dieron
0 = No me aplica—No la quería o necesitaba

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> hablar con alguien que entiende mi situación | <input type="checkbox"/> información sobre opciones de asesoramiento |
| <input type="checkbox"/> ayuda para saber cómo estar más segura | <input type="checkbox"/> apoyo para realizar cambios en mi vida |
| <input type="checkbox"/> ayuda para tener la custodia de mis hijos | <input type="checkbox"/> ayuda con una orden de protección |
| <input type="checkbox"/> ayuda con visitas seguras con mis hijos | <input type="checkbox"/> información sobre el proceso del sistema legal |
| <input type="checkbox"/> ayuda para obtener sustento para los niños | <input type="checkbox"/> alguien que venga a la corte conmigo |
| <input type="checkbox"/> ayuda para tener acceso a la guardería de niños | <input type="checkbox"/> información sobre mis derechos y opciones legales |
| <input type="checkbox"/> ayuda en las visitas en la corte sobre protección o requerimientos | <input type="checkbox"/> ayuda en la corte contra la persona que abusó de mi |
| <input type="checkbox"/> ayuda con la escuela de mis hijos (p. ej. registros, cambiar de escuelas, etc.) | <input type="checkbox"/> ayuda para detener el caso en la corte contra la persona que abusó de mí |
| <input type="checkbox"/> ayuda con el seguro médico para mis hijos | <input type="checkbox"/> ayuda con problemas de libertad condicional |
| <input type="checkbox"/> ayuda para obtener acceso al sistema médico | <input type="checkbox"/> ayuda para tener acceso a abogados |
| <input type="checkbox"/> ayuda para obtener beneficios médicos (p. ej. Medicaid) | <input type="checkbox"/> ayuda con asuntos policiales |
| <input type="checkbox"/> ayuda para obtener acceso a servicios de salud mental | |
| <input type="checkbox"/> ayuda para prepararme a testificar en la corte | <input type="checkbox"/> ayuda para obtener servicios de abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> ayuda para lidiar con mi arresto | <input type="checkbox"/> ayuda con beneficios del gobierno (asistencia social/TANF, estampillas de comida, otros) |
| <input type="checkbox"/> ayuda para lidiar con los servicios de abuso sexual para mí o mis hijos | <input type="checkbox"/> aprender más sobre por qué/cómo ocurre la violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> ayudarme a entender mis derechos y opciones relacionados con mi estatus de residencia | <input type="checkbox"/> ayuda para cumplir las necesidades de mis hijos discapacitados |
| <input type="checkbox"/> ayuda para lograr beneficios como inmigrante | <input type="checkbox"/> ayuda con las necesidades causadas por mi discapacidad |
| <input type="checkbox"/> ayuda para obtener mi residencia legal | <input type="checkbox"/> ayuda para presupuestar |
| <input type="checkbox"/> ayuda para lograr apoyo de mi comunidad de fe | <input type="checkbox"/> ayuda para lograr alojamiento/hogar seguro y adecuado |
| <input type="checkbox"/> ayuda para tener el transporte que necesite | <input type="checkbox"/> ayuda para obtener capacitación profesional |
| <input type="checkbox"/> ayuda para terminar mi relación | <input type="checkbox"/> ayuda para obtener un trabajo |
| <input type="checkbox"/> ayuda para permanecer en mi relación de forma segura | |
| <input type="checkbox"/> otros (<i>describelos</i>) _____ | |

2. Nuestros servicios de apoyo y defensa están ahí para ayudarte a lograr lo que necesitas y que se escuche tu voz. ¿Cuántos contactos relacionados con tu defensa/apoyo has tenido con el personal del programa en el último año (aproximadamente)

uno dos tres a diez más de diez ninguno

3. ¿Fuiste residente del refugio durante parte de ese tiempo? ___ sí ___ no
4. ¿Completaste este formulario anteriormente, durante el año pasado? ___sí ___no ___no recuerdo
5. **Gracias** a los servicios de defensa/apoyo que recibí de este programa hasta ahora, siento: (*por favor marca sí o no*)

Sí	No		Sí	No
___	___	sé más formas de planificar mi seguridad	___	___
___	___	sé más sobre recursos de la comunidad	___	___
___	___	sé más sobre mis derechos y opciones	___	___
		que lograré los objetivos que me propongo		
				más esperanzada en el futuro
				más cómoda pidiendo ayuda
				más confianza para tomar mis decisiones
				puedo hacer cosas por mí misma

6. Por favor, dibuja un círculo en el número que mejor indique tu acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.

	no aplica	muy en desacuerdo	en desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo
El personal del programa me trató con respeto.	0	1	2	3	4
El personal del programa fue comprensivo y compasivo.	0	1	2	3	4
El personal del programa pasó el tiempo suficiente hablando sobre mi seguridad.	0	1	2	3	4
En general, se respetaron mis creencias religiosas/espirituales.	0	1	2	3	4
En general, se respetó mi orientación sexual.	0	1	2	3	4
En general, se respetó mi origen racial/étnico.	0	1	2	3	4
El personal del programa lidió con las necesidades relacionadas con mi discapacidad.	0	1	2	3	4
El personal del refugio lidió con las necesidades relacionadas con mi edad joven o avanzada.	0	1	2	3	4

7. ¿Hay algo que el programa podría hacer para mejorar nuestros servicios de defensa/apoyo? ___sí ___no

Si respondiste sí: Por favor, descríbelo _____

8. En general, al pensar sobre mi experiencia con este programa hasta ahora, calificaría la ayuda que recibí como:

___ muy útil ___ útil ___ algo útil ___ nada útil

comentarios _____

9. Si una amiga me dijera que estaba pensando en venir aquí para recibir ayuda, yo: (por favor, marca una)

___ recomendaría firmemente que viniera ___ recomendaría que viniera

___ recomendaría que no viniera ___ recomendaría firmemente que no viniera

porque: _____

Hacemos las siguientes preguntas para ver si diferentes grupos de personas tienen diferentes experiencias aquí para así continuar mejorando nuestros servicios para TODAS las personas. Por favor, no te preocupes si dejas alguna pregunta en blanco si temes que podría identificarte.

10. Considero que soy:

Afroamericana/Negra Hispana/Latina Otra (¿cuál?) _____
 Asiática/Islas del Pacífico Multirracial
 Nativa americana/Nativa de Alaska Blanca _____

Si hay un antecedente étnico en particular que sea importante para ti, por favor identifícalo: _____

11. Mi edad es: 17 ó menos 18 – 24 25 - 34 35 – 49 50 - 64 65 ó más

12. Tengo _____ hijos pequeños (de 17 años o menos).

13. Considero que soy:

heterosexual lesbiana/gay
 bisexual otro (*por favor, descríbelo*) _____

14. El nivel más alto de educación que tengo hasta ahora es:

8° grado o menos Preparatoria o GED Graduada universitaria
 Grado 9° – 11° Algo de universidad Grado avanzado

15. Soy:

hembra varón transgénero

¡Muchas gracias!