

## Lista de Solicitud de Servicios Residenciales de la OPWDD del Estado de Nueva York Encuesta para Cuidadores

**Pregunta 1:** ¿Sería útil conocer dónde vive (ingresar nombre)? Voy a leerle algunas opciones. ¿Usted me puede decir cuál es la mejor lo describe? Seleccione una (1)

(Ingrese el nombre de la persona con I/DD):

- ¿Vive en su propia casa o departamento?
- ¿Vive en la casa o el departamento de sus padres?
- ¿Vive en la casa o el departamento de su hermano o hermana?
- ¿Vive en la casa o el departamento de un miembro de la familia que no es su padre, madre, hermano o hermana?
- ¿Vive en la casa o el departamento de un amigo o alguien que no sea familiar?
- ¿Vive en una residencia geriátrica o en alguna especie de hospital?
- ¿Vive en una escuela residencial?
- ¿Es indigente o vive en un refugio para indigentes en este momento?
- ¿Vive en un ámbito distinto de las opciones que le mencioné?

**Pregunta 2:** Le voy a hacer una pregunta que ayudará a la OPWDD a saber si (ingresar nombre) puede necesitar ayuda en este momento. Por favor entienda que estamos tratando de identificar situaciones en las que necesitamos vincularlo a usted con una oficina regional cuanto antes, debido a necesidades críticas. Seleccione una (1) opción. Dígame si (ingresar nombre):

- ¿Está por graduarse o en transición entre una escuela residencial - o una escuela en la que viven los alumnos?
- ¿Un tribunal le ordenó que viva en un hogar provisto por la OPWDD?
- ¿Está por quedarse sin hogar en los próximos meses?
- ¿Tiene una conducta peligrosa, que lo/a dañan a sí mismo/a o a los demás?

**Pregunta 3:** ¿Podría decirme aproximadamente cuánta ayuda necesita (ingresar nombre) en su vida cotidiana? Seleccione una (1) opción.

Usted diría que (ingresar nombre):

- Necesita ayuda para hacer casi todas sus actividades diarias básicas - como mantenerse a salvo, bañarse, vestirse, alimentarse.
- Necesita ayuda para hacer algunas de sus actividades diarias más difíciles - como cocinar o hacer compras.
- Necesita ayuda solo con algunas pocas actividades críticas - como tomar medicación en el horario correcto o administrar sus finanzas.
- No necesita ayuda con ninguna actividad la mayoría del tiempo.

**Pregunta 4:** ¿Alguien ayuda a (ingresar nombre) regularmente?

Seleccione una (1) opción:                      Sí                      No

Si responde «Sí»: Seleccione una (1) opción:

- La persona tiene un cuidador que la ayuda.
- La persona tiene más de un cuidador que la ayudan.

**Pregunta 5:** ¿Puede decirme quién ayuda más a (ingresar nombre), si (ingresar nombre) necesita ayuda? Voy a leerle algunas opciones. Indique una opción (1) que lo describa mejor. (Ingresar el nombre de la persona con I/DD) recibe más ayuda de:

- Su esposo, esposa o pareja
- Sus padres
- Sus hermanos o hermanas
- Su familia, además de sus padres, hermanos o hermanas
- Un/a amigo/a que no es parte de la familia
- Sus empleados
- Alguien que no encaja en las descripciones que hice

**Pregunta 6:** (Saltar si la opción seleccionada para la Pregunta 4 es «No» o «Ningún auxiliar/Cuidador»)

¿El cuidador principal tiene problemas de salud relacionados con el estrés o de otra índole que dificultan que haga todo lo que (ingresar nombre) necesita?

Seleccione una (1) opción:      Sí                      No                      No sé

**Pregunta 7:** (Saltar si la opción seleccionada para la Pregunta 4 es «No» o «Ningún auxiliar/Cuidador»)

¿Podría decirme el rango de edad al que pertenece el cuidador principal? Seleccione **uno** (1)

- 21 años o menos
- 22 – 50
- 51 – 60
- 61 – 70
- 71 – 80
- Mayor de 80

**Pregunta 8:** (Saltar si la opción seleccionada para la Pregunta 4 es «No» o «Ningún auxiliar/Cuidador»)

¿Cuánto tiempo cree usted que podrá seguir ayudando a que (ingresar nombre) siga en su hogar si siguen recibiendo los mismos servicios que tienen ahora? Seleccione **una** (1)

- Menos de 3 meses
- Entre 3 y 6 meses
- Entre 6 meses y 1 año
- Entre 1 y 2 años
- Entre 2 y 3 años
- Entre 3 y 5 años
- Entre 5 y 10 años
- Más de 10 años a partir de ahora
- No sé
- No corresponde

**Pregunta 9:** ¿Dentro de cuánto tiempo le gustaría que (ingresar nombre) se pueda mudar a otro lugar?

Seleccione **una** (1)

- Menos de 3 meses
- Entre 3 y 6 meses
- Entre 6 meses y 1 año
- Entre 1 y 2 años
- Entre 2 y 3 años
- Entre 3 y 5 años
- Entre 5 y 10 años
- Más de 10 años a partir de ahora
- No sé
- No corresponde

**Pregunta 10:** En la actualidad, ¿tienen suficientes servicios para satisfacer las necesidades de (ingresar nombre) donde él/ella vive en este momento?

Seleccione **una** (1) opción: Sí                      No                      No sé                      Yo no recibo ningún servicio                      No corresponde

**Pregunta 11:** ¿Le gustaría que (ingresar nombre) viva más tiempo con usted si tuvieran más servicios?

Seleccione **una** (1) opción: Sí                      No                      No sé                      No corresponde

**Pregunta de seguimiento para quienes respondieron «Sí» o «No sé.»**

Voy a preguntarle sobre dos tipos de servicios que la OPWDD ofrece que podrían ayudar a que (ingresar nombre) viva más tiempo en su hogar. Un tipo de servicio les brinda un descanso a las familias que ayudan a la persona, cuando lo necesitan. Y el otro tipo de servicio ayuda a la persona con discapacidades a aprender nuevas habilidades durante el día o la noche.

Empecemos con el tipo de servicio que le da un descanso a las familias – algunos los conocen como “servicios de relevos.” Piense en su necesidad en general para este servicio – incluido cualquier servicio de relevo que tenga ahora.

**Pregunta:** ¿Cree que recibir servicios de relevos le ayudaría a (ingresar nombre) a vivir en el hogar por más tiempo?

Seleccione una (1) opción:            Sí            No            No sé

**Pregunta de seguimiento para quienes dicen «Sí, los servicios de relevos ayudarían a que (ingresar nombre) viva en el hogar por más tiempo.»** Seleccione una (1) opción:

Para ayudar a que (ingresar nombre) viva en su hogar más tiempo, usted cree que necesita servicios de relevos:

- A diario
- Semanalmente
- Mensualmente
- Intermitentemente (vacaciones escolares, vacaciones)

Aviso: Esta pregunta se refiere al monto total de servicios de relevos que necesita la familia, incluso cualquier tiempo de relevo que estén recibiendo en la actualidad.

**Pregunta de seguimiento para quienes dicen que necesitan relevos a diario:**

¿Cuántas horas cree que necesita por día?

- Alrededor de 4 horas por día o menos
- Entre 4 y 14 horas por día
- Más de 14 horas por día
- No sé

**Pregunta de seguimiento para quienes dicen que necesitan relevos semanalmente:**

¿Cuántas horas cree que necesita por semana?

- Alrededor de 4 horas por semana o menos
- Entre 4 y 14 horas por semana
- Más de 14 horas por semana
- No sé

**Pregunta de seguimiento para quienes dicen que necesitan relevos mensualmente:**

¿Cuántas horas cree que necesita por mes?

- Alrededor de 4 horas por mes o menos
- Entre 4 y 14 horas por mes
- Más de 14 horas por mes
- No sé

**Pregunta de seguimiento para quienes dicen que necesitan relevos intermitentemente:**

¿Cuántos días cree que necesita por año?

- Menos de 7 días por año
- Entre 7 y 14 días por año
- Más de 14 días por año
- No sé

**Pregunta de seguimiento para quienes dijeron «Sí» o «No sé» a «¿Le gustaría que (ingresar nombre) viva más tiempo con usted si tuvieran más servicios?»**

**Pregunta:** Ahora voy a preguntarle sobre qué tipo de servicio ayuda a las personas con discapacidades a aprender nuevas habilidades e integrarse a la comunidad. ¿Cree que obtener ese tipos de servicios le ayudaría a (ingresar nombre) a vivir en el hogar por más tiempo?

Seleccione una (1) opción:    Sí    No    No sé

***Pregunta de seguimiento para quienes dicen «Sí»***

Para ayudar a que (ingresar nombre) viva más en el hogar, ¿podría decirme qué cantidad de servicio necesitarían para ayudar a que (ingresar nombre) aprenda nuevas habilidades y sea activo/a en la comunidad?

Seleccione **una** (1) opción:

Para ayudar a que (ingresar nombre) viva más tiempo en el hogar, usted cree que necesitan estos servicios:

- A diario
- Semanalmente
- Mensualmente
- Intermitentemente (vacaciones escolares, vacaciones)

***Pregunta de seguimiento para quienes dicen que necesitan servicios a diario:***

¿Cuántas horas cree que necesita por día?

- Alrededor de 4 horas por día o menos
- Entre 4 y 14 horas por día
- Más de 14 horas por día
- No sé

***Pregunta de seguimiento para quienes dicen que necesitan servicios semanalmente:***

¿Cuántas horas cree que necesita por semana?

- Alrededor de 4 horas por semana o menos
- Entre 4 y 14 horas por semana
- Más de 14 horas por semana
- No sé

***Pregunta de seguimiento para quienes dicen que necesitan servicios mensualmente:***

¿Cuántas horas cree que necesita por mes?

- Alrededor de 4 horas por mes o menos
- Entre 4 y 14 horas por mes
- Más de 14 horas por mes
- No sé

***Pregunta de seguimiento para quienes dicen que necesitan servicios intermitentemente:***

¿Cuántas horas cree que necesita por año?

- Menos de 20 horas por año
- Entre 20 y 40 horas por año
- Más de 40 horas por año
- No sé

**Pregunta 12:** En el pasado, ¿alguna vez le ofrecieron a (ingresar nombre) la oportunidad de mudarse a un hogar colectivo o a un departamento donde haya disponible personal de la entidad para ayudar a la persona?

Seleccione **una** (1) opción: Sí                      No                      No sé

***Pregunta de seguimiento*** para quienes dijeron «sí, que le ofrecieron una oportunidad de mudarse»: ¿(Ingresar nombre) se mudó al hogar que le ofrecieron o en aquel momento (ingresar nombre) no se mudó?

Seleccione **una** (1) opción: La persona se mudó                      La persona no se mudó

**Pregunta de seguimiento para quienes dijeron que «La persona se mudó»:**

Voy a leerle algunas posibles razones por las que (ingresar nombre) volvió a su hogar.

Diga «sí» a todas las razones que describan por qué (ingresar nombre) volvió a su hogar. Caso contrario, diga «no».

▪ El lugar estaba demasiado lejos del resto de la familia	Sí	No
▪ El lugar/vecindario no era recomendable	Sí	No
▪ El hogar no estaba en buenas condiciones	Sí	No
▪ No era compatible con otras personas que vivían en la casa	Sí	No
▪ No tenía su propia habitación	Sí	No
▪ No se llevaba bien con el personal de la casa	Sí	No
▪ La familia de (ingresar nombre) desconfiaba de la entidad o del personal	Sí	No
▪ (Ingresar nombre) perdió su lugar en la casa por una internación (ya sea médica o psiquiátrica)	Sí	No
▪ Falta de transporte al trabajo o a las actividades de (ingresar nombre)	Sí	No
▪ La entidad pidió que (ingresar nombre) abandonara la casa	Sí	No
▪ La mudanza al hogar fue consecuencia de una mala planificación de las personas	Sí	No
▪ La persona volvió al hogar por otros motivos	Sí	No

**Pregunta de seguimiento para quienes dijeron que «La persona no se mudó»:**

Voy a enumerar algunos motivos posibles por los que (ingresar nombre) no se mudó al hogar que le ofrecieron.

Diga «sí» a todos los motivos que describen por qué (ingresar nombre) no se mudó. Caso contrario, diga «no».

▪ El lugar estaba demasiado lejos del resto de la familia	Sí	No
▪ El lugar/vecindario no era recomendable	Sí	No
▪ El hogar no estaba en buenas condiciones	Sí	No
▪ No era compatible con otras personas que vivían en la casa	Sí	No
▪ No tenía su propia habitación	Sí	No
▪ No se llevaba bien con el personal de la casa	Sí	No
▪ La familia de (ingresar nombre) desconfiaba de la entidad o del personal	Sí	No
▪ (Ingresar nombre) perdió su lugar en la casa por una internación (ya sea médica o psiquiátrica)	Sí	No
▪ Falta de transporte al trabajo o a las actividades de (ingresar nombre)	Sí	No
▪ La entidad retiró el ofrecimiento para que se mude	Sí	No
▪ Motivos financieros	Sí	No
▪ La mudanza al hogar fue consecuencia de una mala planificación de las personas	Sí	No
▪ La persona no se mudó por otros motivos	Sí	No

**Pregunta 13:** Cuando sea el momento de que (ingresar nombre) se mude a un nuevo hogar, ¿qué tipo de hogar cree que le gustaría a (ingresar nombre)? Seleccione **una (1)** opción:

- Una casa o un departamento que sea propiedad de (ingresar nombre) o que (ingresar nombre) alquile y en el cual viva solo/a con los servicios que (ingresar nombre) necesita
- Una casa o un departamento que sea propiedad de (ingresar nombre) y de otras personas, o que (ingresar nombre) y otras personas lo alquilen y compartan, con los servicios que (ingresar nombre) necesita
- Una casa o un departamento con otras personas que tengan una discapacidad del desarrollo que una entidad administre y gestione con su personal a tiempo parcial o completo
- Otros
- No sé

**Pregunta 14:** ¿Le interesaría enterarse de cuáles son otras opciones residenciales más allá de los hogares comunitarios que tienen personal durante 24 horas por día?

Seleccione **una (1)** opción: Sí No No sé