

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