

ID de participante (SOLO PERSONAL AUTORIZADO)

Agencia remitente



Encuesta posterior a la respuesta de los socios comunitarios

INSTRUCCIONES: Todas las partes de esta Encuesta posterior deben completarse al finalizar la participación en la Respuesta de la Comunidad o en la Connected Youth Initiative. El formulario puede completarse con la ayuda de un Central Navigator u otro proveedor de servicios, si es necesario.

Fecha:	
Nombre completo:	

Apoyos concretos

En el último mes, ¿no pudo pagar alguno de los siguientes gastos? Seleccione todos los que correspondan.

Alquiler o hipoteca
 Servicios públicos o facturas (electricidad, gas, teléfono, etc.)
 Comestibles/alimentos (incluidos formula infantil y pañales)

Cuidado de niños/guardería
 Medicamentos, gastos médicos o copagos
 Artículos básicos para el hogar o la higiene personal

Transporte (gasolina, abonos de autobús, viajes compartidos)
 Pude pagar todo esto

En el último mes, ¿ha experimentado alguna de las siguientes situaciones? Seleccione todas las que correspondan.

Retrasos o falta de atención médica o dental
 Desalojo de su casa o apartamento

Vivió en un refugio, hotel/motel, edificio abandonado o vehículo

Se mudó con otras personas debido a la imposibilidad de pagar el alquiler/hipoteca/facturas

Ha perdido el acceso al transporte habitual (por ejemplo, su vehículo ha sufrido daños totales o ha sido embargado)

Estaba desempleado cuando necesitaba y quería un trabajo
 Ninguna de estas opciones se aplica a mí

Tengo personas o recursos en los que confío si mi familia o yo necesitamos alguno de los siguientes servicios. Seleccione todos los que correspondan.

Ayuda con la vivienda o con servicios de asistencia
 Ayuda para comprar alimentos
 Ayuda para encontrar trabajo

Ayuda para encontrar atención médica o dental de calidad
 Ayuda con el transporte
 Apoyo o recursos para la salud mental

Asesoramiento sobre dinero, facturas o presupuestos
 Asesoramiento sobre relaciones y/o mi vida amorosa

Asesoramiento sobre estrés, ansiedad y/o depresión
 Asesoramiento sobre la crianza o sobre mis hijos
 Ninguna de las anteriores

¿Con qué frecuencia experimenta lo siguiente?

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
Tengo dificultades para pagar cada mes lo que necesito.					
Puedo comprar la comida que quiero para alimentar a mi familia.					
Me siento conectado con mi comunidad.					
Me siento seguro en mi vecindario.					
Alguien de mi familia amenaza con hacerme daño.					

ID de participante (SOLO PERSONAL AUTORIZADO)

Agencia remitente



Estrés adicional debido al consumo de alcohol o drogas por parte de usted o de un miembro de su familia.					
Estrés adicional debido a su estado de salud o el de un familiar.					

¿Con qué frecuencia en los últimos 30 días ha:				
	Nunca	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
revisado y evaluado sus hábitos de consumo/gastos?				
llevado un registro sobre los gastos?				
calculado los ingresos y gastos mensuales de su hogar?				
identificado sus propios objetivos financieros para el futuro?				
pagado sus facturas a tiempo?				
seguido sus objetivos financieros?				
seguido un presupuesto semanal o mensual?				
realizado pagos para saldar sus deudas?				
utilizado una cuenta bancaria?				
pagado más que el interés de sus préstamos, créditos, etc.?				

Escala de esperanza					
Indique la medida en la cual está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Se me ocurren muchas formas de salir de un apuro.					
Persigo mis objetivos con energía.					
Hay muchas formas de solucionar cualquier problema.					
Incluso cuando las cosas se ponen difíciles, puedo mantener la motivación para alcanzar mis objetivos.					



Escala de resiliencia					
Indique la medida en la cual está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Suelo recuperarme rápidamente después de los momentos difíciles.					
Me cuesta mucho superar situaciones estresantes.					
No me cuesta mucho recuperarme de un acontecimiento estresante.					
Me cuesta recuperarme cuando ocurre algo malo.					
Normalmente supero los momentos difíciles sin muchos problemas.					
Tiendo a tardar mucho tiempo en superar los reveses de la vida.					

Factores de protección					
Para cada afirmación, seleccione la opción que mejor describa su experiencia. (Complete esta sección solo si es padre/madre/tutor legal).					
	No se parece en nada a mi vida	No se parece mucho a mi vida	Algo parecido a mi vida	Muy parecido a mi vida	Igual que mi vida
El futuro se ve bien para nuestra familia.					
En mi familia, nos tomamos tiempo para escucharnos los unos a los otros.					
Hay cosas que hacemos en familia y que son especiales solo para nosotros.					
Mi hijo se porta mal solo para molestarme.					
Siento que siempre estoy diciendo «no» o «no sigas con eso» a mis hijos.					
Tengo frecuentes luchas de poder con mis hijos.					
La forma en que respondo a mis hijos depende de cómo me siento.					
Tengo personas que creen en mí.					
Tengo a alguien en mi vida que me da consejos, incluso cuando son difíciles de escuchar.					
Cuando intento alcanzar un objetivo, tengo amigos que me apoyan.					
Cuando necesito a alguien que cuide de mis hijos con poca antelación, puedo encontrar a alguien en quien confiar.					

ID de participante (SOLO PERSONAL AUTORIZADO)

Agencia remitente



Preguntas sobre satisfacción	
¿Cuánto tiempo lleva recibiendo apoyo de <i>Central Navigation</i> o asesoramiento de <i>Coaching</i>?	<input type="checkbox"/> 2 semanas <input type="checkbox"/> 1-2 meses <input type="checkbox"/> 2-6 meses <input type="checkbox"/> Más de 6 meses
¿Cómo ha interactuado con el personal de <i>Central Navigation</i> o del <i>Coaching</i>? Seleccione todas las opciones que correspondan	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Llamada o mensaje de texto <input type="checkbox"/> Video <input type="checkbox"/> Correo electrónico
¿Cuántas veces ha interactuado con el personal de <i>Central Navigation</i> o de <i>Coaching</i>?	
Si está recibiendo asesoramiento de <i>coaching</i>, ¿aproximadamente en cuántas sesiones ha participado?	
El apoyo que recibí se ajustó bien a lo que necesitaba.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
El apoyo o los recursos a los que se me conectó satisfacían mis necesidades.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
El apoyo que necesitaba no estaba disponible en mi comunidad.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
Tengo necesidades adicionales que actualmente no están cubiertas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
Estoy interesado en futuras oportunidades para participar o contribuir a mi comunidad (es posible que nos pongamos en contacto con usted para participar).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por favor comparta cualquier otra información que desee proporcionarnos sobre la ayuda que ha recibido, el apoyo adicional que mejor se adaptaría a sus necesidades o las áreas específicas en las que no ha encontrado apoyo en su comunidad:	