

Favor de regresar a: *InfoUse* 2560 Ninth Street, #216, Berkeley CA 94710
needs@infouse.com 510/549-6520

Encuesta de Necesidades para Lograr una Vida Independiente en California

Esta encuesta nos ayudará a obtener información sobre las necesidades de los Californianos con discapacidades para vivir independiente para el Consejo Estatal de la Vida Independiente y el Departamento de Rehabilitación. Sus respuestas serán confidenciales y serán reportadas sin referencia a una persona en particular.

Llene el formulario sólo si usted:

- Tiene una cierta discapacidad o si tiene un familiar con una, y si
- Vive en California

Las siguientes preguntas son sobre sus necesidades para vivir independiente y cuales de estas necesidades que no son satisfacidas en su comunidad.

1. Favor de indicar las áreas que le sean más importantes.

Vivenda

- Vivienda accesible o vivienda apropiada a mi tipo de discapacidad
- Vivienda al alcance de mi bolsillo en lugares seguros
- Modificaciones de vivienda para la discapacidad

Transporte

- Transporte accesible, disponible, transportación pública confiable
- Transporte confiable que se ajusta a los horarios establecidos
- Ayuda para obtener un auto o camioneta accesible

Servicios de Emergencia

- Disponibles, acceso a servicio de emergencia médicas y desastre
- Programas disponibles de servicios de asistencia personal de emergencia
- Ayuda en situaciones de maltrato

Salud

- Profesionales de la salud que acepten MediCal
- Acceso oportuno a servicios de salud
- Profesionales de la salud que sean concientes de discapacidades
- Servicios de nutrición: nutrición saludable, dietas y control de peso

Seguros Médicos

- Cobertura que satisfaga las necesidades de salud/acceso a especialistas
- Disponibilidad de seguro médico dental
- Cobertura de equipo o aparatos de auxiliares

Servicios de Asistencia Personal

Cómo encontrar, capacitar o entrenar, y mantener a un ayudante personal confiable

Servicios de ayuda personal en mi trabajo

Empleo

Capacitación apropiada en mi sitio de empleo

Empleo de acuerdo a mis intereses y conocimientos

Recursos/programas de bolsa de trabajo o búsqueda de empleo, currículum vitae o "resumen", entrevistas de empleo, etc.

Derechos de Discapacitados

Programas e información sobre mis derechos

Servicios de defensa de derechos

Ayuda legal

Educación y Capacitación

Planeación de carreras

Servicios de la escuela al trabajo

Asistencia en el salón de clases como aparatos auxiliares, anotación de información, horario de exámenes

Ayuda con educación o capacitación o entrenamiento

Tecnología auxiliar/ soportes especiales/aparatos

Ayuda para la obtención de tecnología auxiliar, apoyo y aparatos

Capacitación en el uso de tecnología

Servicios de reparación y mantenimiento

Acceso a Vida Social y Recreación

Participación en actividades sociales, religiosas y recreativas

Apoyo Económico/Finanzas

Servicios para la determinación de elegibilidad de beneficios o prestaciones: SSI/SSDI, MediCal, otros

Procesamiento oportuno o rápido de elegibilidad

Servicios de defensa o lucha para la obtención de beneficios

Servicios de Asistencia con Cuentas o Contabilidad

Asistencia en pagos o facturas, impuestos, etc.

Asistencia con servicios personales, pago de cuentas, presupuestos, etc.

Necesidades de Comunicación

Acceso a intérpretes, TTY

Formatos alternativos

Acceso a la red (Internet)

Acceso a Información y Recursos

- Orientación y grupos de apoyo
- Acceso a información y recursos para alcanzar una vida plena o independiente en mi comunidad
- Recursos para poder vivir en forma independiente: renta, muebles, suministro de artículos, etc.
- Capacitación o entrenamiento en técnicas para la vida independiente

Acceso a—

- Espacios públicos
- Oficinas
- Servicios gubernamentales
- Comercios o negocios privados

Otra _____

Otra _____

Otra _____

2. ¿En qué condado de California vive? _____

3. Favor de indicar cuál es o son sus discapacidades. Favor de indicar todas y cada una de las aplicables.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cognitiva | <input type="checkbox"/> Mental |
| <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Auditiva |
| <input type="checkbox"/> Visual | <input type="checkbox"/> Discapacidad en desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad para aprender | <input type="checkbox"/> Herida cerebral traumatizante/herida de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |

4. Genero: Masculino Femenino

5. Edad: _____

6. Grupo Étnico Favor de indicar o de escribir la categoría con la que más se identifique. (Favor de indicar sólo una)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Africano-Americano | <input type="checkbox"/> Asiático/de las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Indo Americano |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Gracias por tomarse el tiempo para contestar nuestra encuesta.
Por favor use otro pedazo de papel si tiene algo mas que quiera añadir.