

Favor de regresar a: *InfoUse* 2560 Ninth Street, #216, Berkeley CA 94710  
[needs@infouse.com](mailto: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.