

Plan Estatal para Vivir de Forma Independiente Encuesta Comunitaria

El Consejo para Vivir de Forma Independiente del Estado de Idaho (SILC, por sus siglas en inglés)

La misión del Consejo para Vivir de Forma Independiente del Estado de Idaho (SILC, por sus siglas en inglés) es de promover, abogar por y mejorar la habilidad de todos los Idahoenses con discapacidades vivir de forma independiente, dirigir sus vidas y participar completamente en su comunidad de elección. Visualizamos un Idaho donde las personas a través de la discapacidad y durante sus vidas viven en su comunidad de elección con los servicios y apoyos que necesitan para lograr su potencial completo.

El SILC, en colaboración con los Centros para Vivir de Forma Independiente (CILs, por sus siglas en inglés) y la Comisión de Idaho para las Personas Ciegas y Discapacitados Visualmente (ICBVI, por sus siglas en inglés), desarrollar el Plan Estatal para Vivir de Forma Independiente (SPIL, por sus siglas en inglés) por lo menos cada tres años. El SPIL es un plan de tres años que fija metas y guía los planes para la entrega de los servicios para vivir de forma independiente, y la abogacía sistémica en Idaho. El SILC es responsable de monitorear la implementación y eficacia del SPIL. El SILC también lleva a cabo la abogacía de sistemas, la educación pública sobre los temas relacionados a la discapacidad y provee ayuda técnica relacionada a vivir en la comunidad.

Los Servicios Principales de los CIL

Los Servicios para Vivir de Forma Independiente están diseñados para ayudarle a las personas con discapacidades lograr sus metas personales para la independencia y participación con sus familias y comunidades. Los cinco servicios principales del programa para Vivir de Forma Independiente son:

- Información y Referencia
- Capacitación de las Habilidades para Vivir de Forma Independiente
- Orientación de Iguales
- Abogacía Individual y de Sistemas
- Ayuda de Transición de Vida (relacionada a los jóvenes que dejan la preparatoria o las personas mudándose de los asilos o que permanecen en sus propios hogares con los apoyos adecuados).

El Acceso

2022 marca el aniversario trigésimo Segundo de la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). La ADA dice que es ilegal discriminar a base de la discapacidad en el empleo, gobierno estatal y local, las acomodaciones públicas, las instalaciones comerciales, la transportación, y las telecomunicaciones. Hay muchas más leyes que protegen los derechos de las personas discapacidades para que podamos tener acceso en nuestras comunidades.

Plan Estatal para Vivir de Forma Independiente

Encuesta Comunitaria

El Acceso quiere decir:

- Uno puede ir a lugares que necesita y quiere ir.
- Uno puede hacer las cosas que necesita y quiere hacer en su comunidad.
- Uno puede obtener los servicios que necesita y quiere; y uno puede comprar las cosas que necesita o quiere dentro de lo razonable.

Al completar esta encuesta, usted nos ayudará a entender mejor las necesidades de los Idahoenses con discapacidades; para que podamos abogar por acceso mejorado, apoyos y servicios a lo largo de nuestro estado. Esta encuesta es voluntaria y anónima

1. ¿Es usted una persona con una discapacidad?
 - Sí
 - No

2. ¿Es usted un proveedor de servicios o familiar de una persona con una discapacidad?
 - No
 - Sí – Familiar de una persona con una discapacidad
 - Sí – Proveedor de Servicios/dueño o gerente de agencia
 - Sí – Trabajador(a) de cuidado directo o apoyo comunitario

3. ¿Cuál es su Ciudad o código postal de 5 números?
Ciudad: _____
Código Postal: _____

La Vivienda

4. ¿Cuál es su vivienda actual? **Marque todos los que correspondan.**
 - Rento
 - Soy dueño (de mi casa)
 - Vivo en un entorno grupal (ResHab, Hogar de Familia Certificado, hogar grupal)
 - Vivo en una instalación (asilo de ancianos, vivienda en residencia asistida)
 - Vivo con familia o compañeros de habitación que yo escogí
 - Vivo en un refugio u otra vivienda temporal
 - Otro _____

Plan Estatal para Vivir de Forma Independiente Encuesta Comunitaria

La Vivienda continúa

5. ¿Qué problemas u obstáculos o preocupaciones enfrenta usted relacionadas a su vivienda? **Marque todos los que correspondan.**

- Ninguna preocupación o problema
- Aumento de Renta
- Asequibilidad
- Ubicación
- Accesibilidad (rampa, puertas más anchas, ducha, inodoro, caminos, electrodomésticos)
- Impuestos de propiedad
- Manutención de la casa de la cual soy dueño
- Necesito ayuda con mis actividades (cocinar, ducharse, levantarse de la cama, hacer limpieza, obtener y tomar medicamento, vestirse, ir de compras, etc.)
- Tener la tecnología (computadora, teléfono, teleservicios, internet) necesito hacer cosas que quiero
- Tener las ayudas (agarraderas, bancos del baño, elevador Hoyer, lente de aumento, puntos de bulto) para ser independiente en mi casa
- Problemas con el arrendador o administración inmobiliaria
- Reparaciones oportunas de la propiedad que rento
- Discapacidad u otra discriminación
- Hogar grupal - dueño o gerente
- ResHab/proveedor o personal de vivienda en residencia asistida
- Solicitud para ayuda de vivienda, recertificación o lista de espera larga
- Los arrendadores no aceptan los vales de vivienda
- Falta de transportación pública donde vivo
- No hay suficiente vivienda en el pueblo/la ciudad donde vivo
- No hay aceras/banquetas donde vivo
- No hay un(a) proveedor(a) de cuidado (agencia de servicios), familia o amigos cerca de mí
- No tengo control sobre mi propio dinero
- No puedo ver a mis amigos o hacer las cosas que quiero hacer
- Otro _____

Plan Estatal para Vivir de Forma Independiente

Encuesta Comunitaria

Las Habilidades de la Vida Diaria

6. ¿Con cuáles cosas tiene dificultad o necesita ayuda para hacerlas? **Marque todas las que correspondan.**

- Capacitación de Movilidad
- Defenderme o protegerme
- Saber cuánto dinero tengo
- Que se me permita comprar las cosas que necesito con mi propio dinero
- Cocinar
- Hacer limpieza
- Navegar alrededor de mi casa
- Administración de Medicamento
- Elaboración de un Presupuesto y la administración del dinero
- Administración de Tiempo
- Bienestar y autocuidado (bañarse, higiene, lavar la ropa)
- Cuidar a las mascotas o los animales de servicio
- Habilidades de organización
- Habilidades de comunicación (por escrito, verbal o libros de comunicación especializada o intérpretes especializados o aparatos de comunicación)
- Ninguna
- Otra _____

La Transportación

7. ¿Cómo llega a los lugares que quiere ir? **Marque todos los que correspondan.**

- Transportación pública/bus (camión)
- Vehículo privado/licencia de conducir
- Caminando/Usando una silla de ruedas/escúter
- Bicicleta
- Taxi/Uber/Lyft
- Aventones (Rides) de los amigos/de la familia
- Servicios accesibles de bus (camión)
- Transportación de Medicaid
- Otro _____

Plan Estatal para Vivir de Forma Independiente Encuesta Comunitaria

La Transportación continúa

8. ¿Puede ir a donde quiere ir en su comunidad usando el tránsito público (bus/camión), vehículo personal, sendas peatonales, aceras/banquetas, y entradas?

- Siempre
- La mayoría del tiempo
- A veces
- Nunca

9. ¿Cuáles lugares en su comunidad son difíciles para llegar? **Marque todos los que correspondan.**

- Es fácil ir a donde quiero
- Supermercado u otros lugares de compras
- Farmacia
- Citas del Doctor/Médico o terapia
- Visitar con amigos o parientes cercanos
- Iglesia
- Actividades sociales, comunitarias o recreativas
- Otro _____

10. ¿Qué le ayudaría poder ir a donde quiere ir? **Marque todos los que correspondan.**

- No necesito ayuda
- Transportación Pública o bus/camión
- Taxi/Uber/Lyft
- Capacitación y pruebas de chofer que incluyan el equipo adaptivo (controles de mano)
- Estacionamiento accesible cerca de los lugares a los cuales quiero ir
- Ayuda para pagar por aventones (rides) por medio de los servicios de transportación pública o privada
- Rutas seguras para peatones como las aceras/banquetas, bordillos y cruces de peatones
- Paradas de bus/camión a las cuales puedo llegar
- Otro _____

Plan Estatal para Vivir de Forma Independiente Encuesta Comunitaria

Los Servicios de Apoyo para Vivir de Forma Independiente

11. ¿Tiene apoyos pagados o no pagados (ayudantes, incluyendo familiares) que le ayuden a permanecer en su hogar?

- Sí
- No
- Tengo ayuda pagada o no pagada
- No corresponde

12. Si confía en la ayuda de amigos o familiares, ¿cuáles cosas serían difíciles para usted sin su ayuda? **Marque todos los que correspondan.**

- No necesito ayuda
- Cocinar
- Compras
- Higiene (bañarse, cepillarse los dientes, etc.)
- Vestirse
- Pagar los pagos
- Obtener o tomar mis medicamentos
- Ir al doctor/médico y recoger mis recetas
- Ir al trabajo, a la escuela, a la iglesia u otros lugares a los que quiero o necesito ir
- Limpiar mi casa
- Cuidar las mascotas o los animales de servicio
- Otro _____

13. Si tiene apoyo pagado, ¿Quién es el pagador? **Marque todos los que correspondan.**

- Medicaid
- Atención Administrada (Medicaid/Medicare)
- Seguro Privado
- Pago Privado
- No lo sé

14. En los últimos 12 meses, ¿se ha quedado sin personal, ayuda o apoyo (pagado o no pagado) cuando lo necesitaba?

- Sí
- No
- No corresponde

Plan Estatal para Vivir de Forma Independiente Encuesta Comunitaria

Los Servicios de Apoyo para Vivir de Forma Independiente continúa

15. En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo pasó sin atención directa o trabajadores de apoyo comunitario, pagados?

- No corresponde
 - Menos de 2 horas
 - 3 a 6 horas
 - 8 a 12 horas
 - 1 a 2 días
 - 2 a 7 días
 - Varias semanas
 - Varios meses
 - Todavía no tengo ayuda en casa
 - He dejado de buscar ayuda en casa
 - Otro o información adicional
-
-

16. En los últimos 12 meses, ¿cuáles apoyos o servicios pagados se le han dificultado en obtener o mantener? **Marque todos los que correspondan.**

- He obtenido todo el apoyo que necesito
- Trabajador de Apoyo Comunitario
- Servicios de Ayuda Personal
- Administración de casos
- Coordinación de los servicios objetivo
- Administración de Medicamento
- Servicios de quehaceres, incluyendo la ayuda con la compra de comestibles
- Transportación a las citas médicas
- Asesoramiento laboral o servicios de empleo con apoyo
- Otro _____

Plan Estatal para Vivir de Forma Independiente Encuesta Comunitaria

Los Servicios de Apoyo para Vivir de Forma Independiente continúa

17. ¿Cuáles cosas le gustaría hacer, pero no puede hacerlas porque no tiene ayuda, (pagada o no pagada)? **Marque todos los que correspondan.**

- Hago todo lo que quiero hacer
- Bañarme y cambiarme de ropa tantas veces como quiera
- Cocinar mi propia comida
- Ir de comprar por mis comestibles, ropa u otras cosas
- Tener una casa más limpia
- Ir a las actividades comunitarias, como las películas, los eventos deportivos y el mercado de agricultores
- Conseguir un trabajo
- Ir a la universidad u obtener otra capacitación
- Aprender a conducir
- Otro _____

18. ¿Cuáles cosas se le dificultan para obtener el apoyo que necesita? **Marque todas las que correspondan.**

- Recibo todo el apoyo que necesito
- No sé qué pedir
- No tengo a nadie que pueda ayudarme a hablar con Medicaid u otro seguro
- No tengo o no uso el internet
- No tengo un teléfono inteligente
- No tengo a nadie que me ayude a pedir lo que necesito
- Nadie contesta el teléfono ni devuelven mis llamadas cuando llamo a Medicaid, administrador de atención, asistente social, agencia proveedora de servicios, doctor/médico, enfermera, etc.
- No hay proveedores de servicios donde vivo
- Mis trabajadores de apoyo necesitan una capacitación mejor
- Mis trabajadores de apoyo necesitan salarios y beneficios mejores
- Mis trabajadores de apoyo no me escuchan o son mandones
- Vivo demasiado lejos de la ciudad
- No hay nadie para traducir mi idioma
- Se me dificulta leer
- Se me dificulta escribir
- Es difícil para las personas que no me conocen entender lo que estoy diciendo
- Otro _____

Plan Estatal para Vivir de Forma Independiente Encuesta Comunitaria

Los Servicios de Apoyo para Vivir de Forma Independiente continúa

19. ¿Le gustaría saber más sobre la capacitación y trabajar con su personal o con sus ayudantes en el hogar?

- Sí
- No
- Quizás
- No corresponde

Los Intereses

20. Me gustaría aprender más sobre lo siguiente - **Marque todos los que correspondan:**

- Como administrar mis propios servicios de apoyo como el empleador
- Donde obtener ayuda cuando me siento aislado o solo
- La Ley de Americanos con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) y otras leyes de derechos de discapacidad
- Los animales de servicio o de apoyo emocional
- Las leyes, los derechos y las responsabilidades de vivienda
- El Plan de Educación Individual (IEP, por sus siglas en inglés) o plan médico y conductual (504)
- Como hablar con o escribirles a los funcionarios electos (ciudad, condado, estado, federal) sobre las cosas que me importan
- Rehabilitación Vocacional
- Centros para Vivir de Forma Independiente
- La Comisión de Idaho para Personas Ciegas y Discapacitados Visualmente
- Enfocarme en mi bienestar (salud, nutrición, aptitud física, bienestar)
- Elaboración de presupuesto o administración de dinero
- A quién llamar si siento que alguien se está aprovechando de mí
- La capacitación de habilidades para aumentar mi independencia (cocinar, elaboración de presupuesto, ir de compras, etc.)
- Ayudas y tecnología disponibles para ayudar con las cosas que quiero, necesito o me gusta hacer (las actividades de la vida diaria)
- Cómo estar preparado para las emergencias o desastres personales o públicos
- Los derechos de votar, las opciones e información del voto accesibles
- La recreación en mi área
- Las habilidades de computadora o teléfono inteligente
- Como abogar, "dar mi opinión" para mí y los demás

Plan Estatal para Vivir de Forma Independiente Encuesta Comunitaria

- Quién me puede ayudar cuando alguien me dice cosas malas o me lastiman
- Envejecimiento en el lugar
- Educación
- Empleo
- Otro _____

21. Si pudiera educar (enseñar) a las personas (empresas, gobierno, familia, amigos, otras personas con discapacidades) sobre UN tema, ¿Cuál sería?

22. ¿Tiene algún otro comentario?

Opcional

23. Idioma Preferido:

- inglés
- español
- Lenguaje de Signos Americano (ASL, por sus siglas en inglés)
- Otro _____

24. Su Edad:

- 0 a 11
- 12 a 20
- 21 a 30
- 31 a 40
- 41 a 50
- 51 a 60
- más de 60

25. Raza y Etnicidad – **Marque todos los que correspondan:**

- Negro/Afroamericano
- Nativo de Alaska
- Isleño del Pacífico
- Nativo Americano
- Hispano o Latino
- Caucásico
- Otro

Plan Estatal para Vivir de Forma Independiente Encuesta Comunitaria

26. Si está interesado en aprender más sobre vivir de forma independiente o le gustaría formar parte de una mesa ejecutiva o consejo que trabaja para las personas con discapacidades, por favor provea su nombre e información de contacto.

Información de Contacto:

Nombre: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Idaho State Independent Living Council
PO Box 83720
Boise, ID 83720-9601