

Encuesta sobre Factores de Protección, 2.^a edición (PFS-2)

Apoyos concretos pre/post (información del programa, opcional)

Identificación de la agencia N.º
Agency ID #

Identificación del participante N.º
Participant ID #

Fecha en que se llevó a cabo la encuesta:
Date Survey Completed: ___/___/___

- Marque aquí si se trata de una pre-test.
Mark here if this is a pre-test.
- Marque aquí si se trata de una post-test.
Mark here if this is a post-test.

Fecha de inicio del programa:
Program Start Date: ___/___/___

Fecha de finalización del programa:
Program Completion
Date: ___/___/___

Este formulario es para uso exclusivo del personal y debe ser completado por un miembro del personal que esté familiarizado con el participante del programa. Elimine este formulario antes de entregar la encuesta al participante para que la complete. This form is for staff use only and should be completed by a staff member who is familiar with the program participant. Please remove this form prior to giving the survey to the participant to complete.

1. ¿Cómo se realizó la encuesta? (Seleccione uno) *How was the survey completed? (Select one)*

- A. En una entrevista en persona
In a face-to-face interview
- B. Por el participante, con la ayuda disponible del personal del programa para explicar los temas según fuera necesario
By the participant with assistance available from program staff to explain items as needed
- C. Por el participante sin personal del programa presente
By the participant without program staff present

2. ¿Cómo fue referido el participante a su programa? *How was the participant referred to your program?*

- A. Por cuenta propia *Self-Referred*
- B. Servicios de Protección Infantil *Child Protective Services*
- C. Tribunal/Juez *Court*
- D. Programa comunitario *Community Program*
- E. Otro *Other*

3. ¿El participante ha sido reportado a los servicios de protección infantil? *Has the participant been reported to Child Protective Services?*

- A. No *No*
- B. Sí... *Yes....*
- Antes** de iniciar el programa
Before starting the program
- Durante** el programa
During the program
- Después** de completar el programa
After completing the program
- C. No estoy seguro *Not Sure*



4. ¿En caso afirmativo, ¿se verificó el informe de abuso infantil? *If yes, was the report substantiated?*
- A. No *No*
 C. No estoy seguro *Not Sure*
 E. Sí, referido a la respuesta diferencial *Yes, referred to Differential Response*
- B. Sí *Yes*
 D. No, referido a la respuesta diferencial *No, referred to Differential Response*
 F. No aplica *Not Applicable*

5. Identifique el tipo de programa que describe con mayor precisión los servicios que el participante está recibiendo de su programa/agencia. (Seleccione todas las que correspondan) *Identify the type of program that most accurately describes the services the participant is receiving from your program/agency. (Select all that apply)*

- A. Abogacía (propia, comunidad) *Advocacy (self, community)*
 E. Educación para los padres *Parent Education*
 I. Recursos y referencias *Resource and Referral*
- B. Relaciones saludables *Healthy Relationships*
 F. Interacción entre padres e hijo *Parent/Child Interaction*
 J. Desarrollo de habilidades/educación para niños *Skill Building/Ed for Children*
- C. Visitas a domicilio *Home Visiting*
 G. Grupo de apoyo para padres *Parent Education*
 K. Otros (Si está utilizando un currículo específico, escriba el nombre) *Other (If you are using a specific curriculum, please write the name)*
- D. Sin hogar/en viviendas transitorias para personas sin hogar *Homeless/Transitional Housing*
 H. Relevo planificado o en casos críticos *Planned and/or Crisis Respite*

6. Asistencia del participante *Participant's Attendance:*

Responder en la pre-test *Answer at pre-test:*

Número de horas de servicio ofrecidas al participante
Number of hours of service offered to the participant

Responder en la post-test *Answer at post-test:*

Número de horas de servicio recibidas por el participante
Number of hours of service received by the participant



Encuesta sobre Factores de Protección, 2.^a edición (PFS-2) Apoyos concretos pre/post

Identificación de la agencia N.º
Agency ID #

Identificación del participante N.º
Participant ID #

Fecha en que se llevó a cabo la encuesta:
Date Survey Completed: ___/___/___

A veces es difícil para las familias pagar todo lo que necesitan. Para cada uno de los siguientes, marque todo lo que corresponda.

1. El mes pasado, no pudo pagar (marque todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> A. Renta o hipoteca | <input type="radio"/> D. Cuidado de niños / guardería | <input type="radio"/> G. Transporte (incluso gasolina, pases de autobús, viajes compartidos) |
| <input type="radio"/> B. Servicios públicos o facturas (electricidad / gas / calefacción, teléfono celular, etc.) | <input type="radio"/> E. Medicamentos, gastos médicos o copagos | <input type="radio"/> H. Pude pagar todos estos |
| <input type="radio"/> C. Artículos de almacén / comida (incluso fórmula para bebés) | <input type="radio"/> F. Artículos básicos del hogar o de higiene personal | |

2. Dentro del año pasado, usted (marque todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> A. Se retrasó o no recibió atención médica u odontológica | <input type="radio"/> D. Se mudó con otras personas, aunque fuera temporalmente, porque no pudo pagar el alquiler, la hipoteca o las facturas | <input type="radio"/> G. Ninguna de estas opciones me corresponden |
| <input type="radio"/> B. Fue desalojado de su hogar o departamento | <input type="radio"/> E. Perdió acceso a su transporte regular (por ejemplo, vehículo con destrucción total o embargado) | |
| <input type="radio"/> C. Vivió en un refugio, hotel/motel, una construcción abandonada o un vehículo | <input type="radio"/> F. Estuvo desempleado cuando realmente necesitaba o deseaba un trabajo | |

	A.	B.	C.	D.	E.
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
3. Tengo problemas para pagar lo que necesito cada mes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Puedo pagar la comida que deseo para alimentar a mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Cuéntenos sobre los niños que viven en su hogar.

5. NIÑO #1 A. Masculino B. Femenino C. No concuerda con su género/no binario D. Prefiero no responder

6. Fecha de nacimiento: _____

7. Este niño vive en mi casa: Sí No

8. ¿Cuál es su parentesco con este niño?

- A. Madre/padre biológico D. Madre/padre sustituto G. Otro pariente
 B. Padrastro o madrastra E. Abuelo(a) o bisabuelo(a) H. Otro
 C. Madre/padre adoptivo F. Hermanos

9. NIÑO #2 A. Masculino B. Femenino C. No concuerda con su género/no binario D. Prefiero no responder

10. Fecha de nacimiento: _____

11. Este niño vive en mi casa: Sí No

12. ¿Cuál es su parentesco con este niño?

- A. Madre/padre biológico D. Madre/padre sustituto G. Otro pariente
 B. Padrastro o madrastra E. Abuelo(a) o bisabuelo(a) H. Otro
 C. Madre/padre adoptivo F. Hermanos

13. NIÑO #3 A. Masculino B. Femenino C. No concuerda con su género/no binario D. Prefiero no responder

14. Fecha de nacimiento: _____

15. Este niño vive en mi casa: Sí No

16. ¿Cuál es su parentesco con este niño?

- A. Madre/padre biológico D. Madre/padre sustituto G. Otro pariente
 B. Padrastro o madrastra E. Abuelo(a) o bisabuelo(a) H. Otro
 C. Madre/padre adoptivo F. Hermanos

17. NIÑO #4 A. Masculino B. Femenino C. No concuerda con su género/no binario D. Prefiero no responder

18. Fecha de nacimiento: _____

19. Este niño vive en mi casa: Sí No

20. ¿Cuál es su parentesco con este niño?

- A. Madre/padre biológico D. Madre/padre sustituto G. Otro pariente
 B. Padrastro o madrastra E. Abuelo(a) o bisabuelo(a) H. Otro
 C. Madre/padre adoptivo F. Hermanos



Estas siguientes preguntas son sobre usted y su hogar. El personal del programa las utilizará para entender las necesidades de las personas y familias a las que atienden y mejorar la prestación de servicios. Recuerde, sus respuestas a esta encuesta son confidenciales.

21. Sexo A. Masculino B. Femenino C. No concuerda con su género/no binario D. Prefiero no responder

22. Edad (en años) _____

23. Idioma principal hablado en casa:

A. Inglés C. Creole E. Árabe G. Otro: _____
 B. Español D. Mandarín F. Ruso

24. Raza/etnia (marque todas las que correspondan):

A. Nativo americano o nativo de Alaska D. Nacional africano/Isleño del Caribe G. Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico J. Otro: _____
 B. Asiático E. Hispano o latino H. Blanco (no hispano/europeo americano)
 C. Negro o afroamericano F. Oriente Medio I. Mestizo

25. Estado civil:

A. Casado(a) C. Soltero(a) - nunca se ha casado E. Viudo(a)
 B. En concubinato/Unión libre D. Divorciado(a) F. Separado(a)

26. Vivienda familiar:

A. Propia C. Vivienda compartida con familiares o amigos E. Temporal (refugio, temporal con amigos/familiares)
 B. Alquilado/renta D. Sin hogar

27. Total de ingreso familiar anual:

A. \$0 - \$10,000 D. \$30,001 - \$40,000 G. Más de \$60,001
 B. \$10,001 - \$20,000 E. \$40,001 - \$50,000
 C. \$20,001 - \$30,000 F. \$50,001 - \$60,000

28. Grado de educación más alto logrado:

A. Sin educación formal E. Diploma de secundaria o GED (diploma de educación general) I. Título universitario de cuatro años (licenciatura)
 B. Primaria F. Educación Profesional Técnica/Technical (Vocational) J. Título de posgrado
 C. Secundaria G. Algunos estudios universitarios
 D. Algunos estudios de secundaria o preparatoria (some high school) H. Título universitario de dos años (técnico superior)



29. ¿Cuál de los siguientes, si es que hay alguno, recibe usted o su familia actualmente? (Marque todo lo que corresponda)

- A. Programa de asistencia nutricional suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP] o cupones de alimentación)
- B. Seguro Social por discapacidad (Social Security Disability Income, SSDI)
- C. Medicaid/Medicare
- D. Deducción en el impuesto sobre la renta (Earned Income Tax Credit, EITC)
- E. El Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families TANF)
- F. Servicios de Head Start/Early Head Start
- G. Beneficios de desempleo
- H. Seguro médico estatal (incluido el seguro médico para niños)
- I. Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- J. Ninguna de las anteriores
- K. Otro

