

Encuesta del Cliente/Consumidor 2017

Muchísimas gracias por participar en esta encuesta. Su participación es vital en la misión de terminar la indigencia en Wisconsin, el Balance of State Continuum of Care (BOSCO). La coalición de los proveedores de los servicios para la indigencia (BOSCO) usara los resultados de esta encuesta para informar las decisiones y mejorar los servicios en su comunidad y en todo Wisconsin. Las respuestas individuales solo identificarán el condado o región. Sus comentarios serán combinados en un grupo de respuestas y no se le atribuirán a usted.

1. ¿De las áreas o condados que se enlistan, cual representa mejor donde usted vive o busca servicios?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Brown | <input type="radio"/> Florence, Marinette, Menominee, Oconto, Shawano |
| <input type="radio"/> Waupaca & Waushara | <input type="radio"/> Ashland, Bayfield, Douglas, Iron, Price |
| <input type="radio"/> Adams, Columbia, Dodge, Juneau, & Sauk | <input type="radio"/> Forest, Langlade, Oneida, Vilas |
| <input type="radio"/> Crawford, La Crosse, Monroe, & Vernon | <input type="radio"/> Ozaukee |
| <input type="radio"/> Buffalo, Eau Claire, Jackson, & Trempealeau | <input type="radio"/> Rock & Walworth |
| <input type="radio"/> Calumet & Outagamie | <input type="radio"/> Grant, Green, Iowa, Lafayette, Richland |
| <input type="radio"/> Burnett, Clark, Rusk, Sawyer, Taylor & Washburn | <input type="radio"/> Washington |
| <input type="radio"/> Jefferson | <input type="radio"/> Waukesha |
| <input type="radio"/> Kenosha | <input type="radio"/> Barron, Chippewa, Dunn, Pepin, Pierce, Polk, St. Croix |
| <input type="radio"/> Door, Kewaunee, Manitowoc, Sheboygan | <input type="radio"/> Fond du Lac, Green Lake, Winnebago |
| <input type="radio"/> Lincoln, Marathon, Wood | |

2. De las edades que se enlistan, ¿Cuál le representa a usted?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 62+ | <input type="radio"/> 24-34 |
| <input type="radio"/> 55-61 | <input type="radio"/> 18-24 |
| <input type="radio"/> 45-54 | <input type="radio"/> Menos de 18 |
| <input type="radio"/> 35-44 | |

3. ¿Con que genero se identifica usted?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Femenino | <input type="radio"/> Transgénero Masculino (Femenino a Masculino) |
| <input type="radio"/> Masculino | <input type="radio"/> Prefiero no identificarme como femenino, masculino o Transgénero |
| <input type="radio"/> Transgénero Femenino (Masculino a Femenino) | |

4. ¿Con que raza se identifica usted?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska | <input type="radio"/> Múltiples Razas |
| <input type="radio"/> Asiático | <input type="radio"/> Blanco (a) |
| <input type="radio"/> Negro o Africano Americano | <input type="radio"/> Otro |
| <input type="radio"/> Nativo de Hawai o de Otras Islas Pacificas | <input type="radio"/> Prefiero no contestar |

5. Etnia

- Hispano
- No Hispano
- Prefiero no contestar

6. ¿Cuál es su lenguaje primario que habla en su hogar?

- Ingles
- Español
- Hmong
- Prefiero no contestar

Otro, por favor especifique

7. ¿Cuál es su estado civil actual?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Soltero (a) | <input type="radio"/> Separado (a) |
| <input type="radio"/> Casado (a) | <input type="radio"/> Divorciado (a) |
| <input type="radio"/> Viudo (a) | <input type="radio"/> Prefiero no contestar |

8. ¿Hay menores de 18 años de edad en su familia?

- Si
- No

9. Si contestó afirmativamente, ¿Cuáles son los rangos de edad los niños en su hogar? (Por favor marque todos los que apliquen)

- Menos de 5
- 5-12
- 13-17
- No aplican

10. ¿Viven los niños de su familia con usted 50% o la mayor parte del tiempo?

- Si
- No

11. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que haya terminado?

- Menos de las preparatoria
- Preparatoria o equivalente
- Algo de Universidad pero sin graduarse
- Título Técnico
- Licenciatura
- Maestría

12. ¿Cuál es ingreso anual de su familia (el total de ingresos de todos los adultos que viven en su casa)?

- Menos de \$20,000
- \$20,000 a \$34,999
- \$35,000 a \$49,999
- \$50,000 a \$74,999
- \$75,000 a \$99,000
- \$100,000 a \$149,000
- \$149,000 o mas
- Prefiero no contestar

13. ¿Cuántas personas en total viven en su hogar?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8+

14. ¿Tiene alguna Discapacidad?

- Si
- No
- Prefiero no contestar

15. Si contestó afirmativamente, por favor seleccione una o más de las siguientes opciones.

- Abuso de Alcohol
- Abuso de Drogas
- Abuso de ambos Alcohol y Drogas
- Enfermedad Crónica
- VIH/SIDA
- Desarrollo
- Física

Otra, por favor especifique

16. ¿Es usted sobreviviente de Violencia Familiar o de Abuso Sexual?

- Si
- No
- Prefiero no contestar

17. En los pasados 12 meses, ¿ha estado usted sin hogar o en riesgo de perder su hogar?

- Si
- No

18. Si respondió afirmativamente, por favor seleccione una o más de las siguientes opciones.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Literalmente sin hogar; en un albergue, quedándose en la calle, o en un motel pagado por una agencia de servicios. | <input type="checkbox"/> Recibió una notificación embargo (hipoteca) |
| <input type="checkbox"/> Recibió una notificación de desalojo: Renta retrasada o sobrecargos | <input type="checkbox"/> Se fue por su propia voluntad |
| <input type="checkbox"/> Recibió una notificación de desalojo: Disputa con otros inquilinos o el/la rentero(a) | <input type="checkbox"/> Está quedándose con amigos o familiares |
| <input type="checkbox"/> Recibió una notificación de desalojo: Violación del contrato de renta. | <input type="checkbox"/> Se le pidió que fuera |

Otro, por favor especifique

19. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha aplicado usted para cualquiera de los siguientes servicios?

Asesoramiento por un(a)
Coordinador(a) de
Servicios

Consejería

Asistencia financiera

Tarjetas para la gasolina o
tarifa del autobús

Programas de vivienda

Asistencia con los
servicios públicos

Asistencia para la comida

Albergue de emergencia

Cuidado Dental

Cuidado de la Salud
Mental

Cuidado Medico

Otro

20. Si usted aplico para cualquiera de los servicios enlistados arriba, ¿cuantas veces le negaron los servicios? (Ponga el numero enseguida de la categoría a la que correspondan).

Asesoramiento por un(a)

Coordinador(a) de
Servicios

Consejería

Asistencia financiera

Tarjetas para la gasolina o
tarifa del autobús

Programas de vivienda

Asistencia con los
servicios públicos

Asistencia para la comida

Albergue de emergencia

Cuidado Dental

Cuidado de la Salud
Mental

Cuidado Medico

Otro

21. ¿Se le proveyó la razón por la que le negaron los servicios?

Si

No

22. Si contestó afirmativamente, seleccione una o más de las siguientes razones:

No es elegible

El periodo para la aplicación se termino

No hay cupo en el albergue

No se ofrecen esos servicios

Está por encima de los limites de ingresos

No hay fondos disponibles

Historial de incumplimiento

Otro

23. ¿Busco usted asistencia para vivienda?

Si

No

24. Si su respuesta es afirmativa, ¿cuantos meses tuvo que esperar, o ha estado esperando, para que se le ponga en un programa?

12+ meses

2-5 meses

9-11 meses

Menos de 1 mes

6-8 meses

No es aplicable – No he buscado asistencia con la vivienda

25. ¿Busco servicios de Albergue de Emergencia?

Si

No

26. Si es afirmativo, ¿cuantos días tuvo que esperar para que se le diera acceso o cuantos días ha tenido que esperar para que se le de acceso?

31+ días

1-5 días

16-30 días

No es aplicable – No he buscado servicios de Albergue de Emergencia

6-15 días

27. ¿Hubo otros servicios adicionales que necesitara, pero que no estuvieran disponibles o que no se le ofrecieran a usted?

Si

No

28. Si es así, por favor explique qué servicios usted necesita.

29. ¿Esta su familia está regresando para buscar servicios después que exitosamente se le coloco en un vivienda?

Si

No

30. Si es afirmativo, ¿qué paso? Por favor seleccione una o más de las siguientes opciones

- No pude pagar la renta una vez que la asistencia termino
- Gastos imprevistos
- El acuerdo de renta no fue renovado
- Pérdida de empleo

Otra, por favor especifique

31. Tener acceso a los servicios fue:

- Fácil
- Más o menos fácil
- Neutral
- Difícil
- Muy difícil

32. En su opinión ¿hizo difícil el acceso los servicios?

- Horas de operación
- Falta de transporte
- Esperas largas
- El personal no regreso las llamadas
- Mucho papeleo
- No es aplicable

Otro

33. Por favor comparta cualquier otro comentario adicional que usted pudiera tener sobre su experiencia.