

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS FAMILIARES Y DE APOYO DE CHICAGO
DIVISIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA**

**ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS
DEFENSA JURÍDICA Y SERVICIOS DE ASESORAMIENTO PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
DOMÉSTICA**

SECCIÓN I: Para ser completada por el PERSONAL

CÓDIGO IDENTIFICADOR DE LA ENCUESTA

2020-21			
(año)	(código de 4 dígitos de la agencia)	(código de 1 dígito del programa)	(número de 5 dígitos del cliente)

FECHA DE HOY

SECCIÓN II: Para ser completada por los PARTICIPANTES

Marque la casilla que describa cómo se siente.

	No corresponde	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
A. Lo que pienso sobre las opciones que me ofrecieron:						
1. Me dieron recomendaciones para otros servicios que pudiera necesitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me dieron información sobre cómo pueden protegerme las leyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me ayudaron a encontrar varias maneras de mantenerme más a salvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si necesito ayuda en el futuro, volvería a recurrir a este programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Personal de este programa:						
1. Me trató con respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me ayudó a tomar mis propias decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me explicó las cosas de una manera que pudiera comprender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Cómo me siento sobre los servicios que recibí:						
1. Me siento mejor informado(a) de mis opciones legales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me sentí más apoyado(a) en el tribunal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Comprendo mejor los efectos del maltrato en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEXO	ORIENTACIÓN SEXUAL	RAZA
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana	<input type="checkbox"/> Asiático
	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
	<input type="checkbox"/> Queer/Otro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
ETNIA	EDAD	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input style="border: 2px solid black;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Otra raza
<input type="checkbox"/> No hispano/Latino		