

**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

19			
<small>(año)</small>	<small>(código de 4 dígitos de la agencia)</small>	<small>(código de 1 dígito del programa)</small>	<small>(número de 5 dígitos del cliente)</small>
FECHA DE HOY			

SECCIÓN II: Para ser completada por los PARTICIPANTES

Marque la casilla que describa cómo se siente.

A. Lo que pienso sobre las opciones que me ofrecieron:

	No corresponde	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
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
ETNIA	<input type="checkbox"/> Queer/Otro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	EDAD	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> No hispano/Latino	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Otra raza