

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

**ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS
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.

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 información sobre cómo pueden protegerme las leyes	<input type="checkbox"/>					
2. Me ayudaron a encontrar varias maneras de mantenerme más a salvo	<input type="checkbox"/>					
3. Me dieron recomendaciones para otros servicios que pudiera necesitar	<input type="checkbox"/>					
4. Si necesito ayuda en el futuro, volvería a recurrir a este programa	<input type="checkbox"/>					

B. Personal de este programa:

1. Me trató con respeto	<input type="checkbox"/>					
2. Me ayudó a tomar mis propias decisiones	<input type="checkbox"/>					

C. Cómo me siento sobre los servicios que recibí:

1. Comprendo mejor los efectos del maltrato en mi vida	<input type="checkbox"/>					
2. Comprendo mejor que no soy responsable del maltrato	<input type="checkbox"/>					
3. Siento más confianza en las decisiones que tomo	<input type="checkbox"/>					

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