

**ENCUESTA POSTERIOR AL INDEPENDENT LIVING SUPPORTS PILOT (PILOTO DE APOYOS PARA LA VIDA INDEPENDIENTE, ILSP)
(INDEPENDENT LIVING SUPPORTS PILOT [ILSP] POST-PILOT SURVEY)**

Instrucciones: Completar este formulario le permitirá al DHS conocer su experiencia con el programa ILSP.

El personal del Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRC) completará este formulario con usted y lo enviará al DHS. La información recopilada en este formulario se compartirá con el evaluador del programa ILSP para analizar el impacto del programa. Este formulario debe completarse después de su noveno mes de inscripción o cuando sus fondos estén casi agotados. Este formulario también se usa cuando cancela su inscripción anticipadamente debido a que ya no es elegible para el programa ILSP.

I. Información del participante

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Identificación del ILSP	ADRC
---	---------------------	-------------------------	------

II. Encuesta

1. ¿Alguien lo ayuda con alguna de estas actividades?			
Bañarse	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Vestirse	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Comer	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Moverse por su casa	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Usar el baño	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Levantarse de una cama, una silla o del inodoro	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Hacer la comida	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Administrar o tomar medicamentos	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Administrar el dinero	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Hacer tareas de la casa	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Usar el teléfono	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Transportarse	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	ADRC
---	---------------------	------

2. ¿El ILSP mejoró su capacidad para participar en actividades sociales fuera de su casa con la frecuencia que le gustaría?	Mejoró significativamente <input type="checkbox"/>	Mejoró moderadamente <input type="checkbox"/>	No hubo cambios <input type="checkbox"/>	Afectó negativamente <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
3. ¿El ILSP mejoró su capacidad para moverse de forma segura por su casa? (Por ejemplo, ¿puede acceder de forma segura a su dormitorio, baño, cocina y entrada de casa o departamento?)	Mejoró significativamente <input type="checkbox"/>	Mejoró moderadamente <input type="checkbox"/>	No hubo cambios <input type="checkbox"/>	Afectó negativamente <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
4. ¿El ILSP lo ayudó a tener suficiente dinero para satisfacer sus necesidades básicas?	Mejoró significativamente <input type="checkbox"/>	Mejoró moderadamente <input type="checkbox"/>	No hubo cambios <input type="checkbox"/>	Afectó negativamente <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
5. ¿El ILSP lo ayudó con el transporte para llegar a las citas de atención médica o recoger recetas?	Mejoró significativamente <input type="checkbox"/>	Mejoró moderadamente <input type="checkbox"/>	No hubo cambios <input type="checkbox"/>	Afectó negativamente <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
6. ¿El ILSP lo ayudó con el transporte para ir al trabajo, comprar comida, realizar actividades sociales o hacer mandados?	Mejoró significativamente <input type="checkbox"/>	Mejoró moderadamente <input type="checkbox"/>	No hubo cambios <input type="checkbox"/>	Afectó negativamente <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
7. ¿El ILSP mejoró su capacidad para permitirse suficientes alimentos para comer?	Mejoró significativamente <input type="checkbox"/>	Mejoró moderadamente <input type="checkbox"/>	No hubo cambios <input type="checkbox"/>	Afectó negativamente <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
8. ¿El ILSP ayudó a disminuir sus sentimientos de soledad o aislamiento de otras personas?	Mejoró significativamente <input type="checkbox"/>	Mejoró moderadamente <input type="checkbox"/>	No hubo cambios <input type="checkbox"/>	Afectó negativamente <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
9. ¿El ILSP mejoró la probabilidad de permanecer en su casa durante los próximos seis meses?	Mejoró significativamente <input type="checkbox"/>	Mejoró moderadamente <input type="checkbox"/>	No hubo cambios <input type="checkbox"/>	Afectó negativamente <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
10. ¿El ILSP mejoró la probabilidad de permanecer en su casa durante el próximo año?	Mejoró significativamente <input type="checkbox"/>	Mejoró moderadamente <input type="checkbox"/>	No hubo cambios <input type="checkbox"/>	Afectó negativamente <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

III. QUIÉN COMPLETÓ LA INFORMACIÓN

Nombre del trabajador del ADRC	Fecha en que se completó
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico