

SM - 2008



Mark as shown:      Please use a pen or a thin marker. This form will be processed automatically.  
 Correction:      Please follow the examples shown to help optimize the reading results.

1. General Questions

Preguntas Generales

1.1 Site Location Number

10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.2 Survey Number

1000th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.3 I have family members, friends, or professionals who give me a lot of support.  
 Tengo familiares, amigos o profesionistas que me dan mucho apoyo.

<input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo
<input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo		

1.4 My sex/gender is:  
 Mi sexo es:

<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transgenero (Masculino a Femenino)
<input type="checkbox"/> Trasgenero (Femenino a Masculino)	<input type="checkbox"/> No respuesta	

1.5 My sexual orientation is:  
 Mi orientación sexual es:

<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> Bisexual
<input type="checkbox"/> No estoy seguro (a)	<input type="checkbox"/> No respuesta	

1.6 My racial/ethnic background is:  
 Mi raza/ethnicidad es:

<input type="checkbox"/> Afroamericana/ Negra	<input type="checkbox"/> Hispana/Latina	<input type="checkbox"/> Asiatica/De las Islas Pacificas
<input type="checkbox"/> Nativo de America/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> De raza Blanca	<input type="checkbox"/> Mas de una raza

1.7 My age is:  
 Mi edad es:

<input type="checkbox"/> 13-24	<input type="checkbox"/> 25-44	<input type="checkbox"/> 45-64
<input type="checkbox"/> 65 o más		

1.8 At any point, did you feel you were treated poorly at this agency?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

¿En algún punto, ha sentido que lo trataron mal en esta agencia?

(Please turn over and complete the other side)  
 (Por favor voltee la página y complete el otro lado)



## 1. General Questions

## Preguntas Generales [Continue]

1.9 If yes to question 1.8, what reason(s) do you feel may have caused you to be treated poorly? (Mark all that apply)

Si contesto "si" en la pregunta previa (1.8), cual fue la razón/razones que usted siente le hayan causado ser tratado mal? (Marque todas las que apliquen)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Raza                             | <input type="checkbox"/> Edad          | <input type="checkbox"/> Sexo                        |
| <input type="checkbox"/> Orientación Sexual               | <input type="checkbox"/> Uso de Drogas | <input type="checkbox"/> Mi situación con emigración |
| <input type="checkbox"/> Mi dificultad para hablar inglés | <input type="checkbox"/> Otras razones |  |

1.10 If "Other Reasons" was marked in question 1.9, please explain in the box provided below.

Si respondio "Otras razones" en la pregunta previa (1.9), por favor explique en el espacio de abajo.

1.11 The language that I speak is:  Inglés  Español  Otro (s)

El idioma que yo hablo es:

1.12 Because of a language barrier, I have problems understanding agency staff when I come in for or request services.  Si, siempre  Si, algunas veces  No, nunca

Debido a obstáculos con el idioma, tengo problemas entendiendo a los empleados de la agencia cuando pido ó recibo servicios.

1.13 I know that translation services, including services for the visually and hearing impaired, are available to me at this agency if I ask for it before my appointment.  Si, lo sé  No, no sabia

Yo se que servicios de traducción, incluyendo servicios para personas con problemas visuales y auditivos, estan disponibles para mi en esta agencia si los pido antes de mi cita.

1.14 I have completed this survey:  Yo solo (a), sin ayuda  Con ayuda de un empleado (a)  Con alguien que me leyó la encuesta y la contesto por mi.

Yo he completado esta encuesta:

(Please continue to the next page)  
(Por favor continúe en la siguiente página)



## 1. General Questions

### Preguntas Generales [Continue]

1.15 Site Location Number

10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.16 Survey Number

1000th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

1.17 I understand the reason I am required to provide certain documents to the agency and how that is related to the funding for the services I receive.  Si  No

Yo entiendo la razón por la cual yo debo proveer ciertos documentos a la agencia y como esto es relacionado a los fondos monetarios de los servicios que yo recibo.

1.18 Do you know who to contact if you have a problem with or complaint about any of your services at this agency?  Si  No, no se

¿Sabe usted a quién contactar si tiene algún problema con o queja sobre alguno de los servicios de esta agencia?

1.19 Have you received a copy of the agency's grievance procedure?  Si  No

¿Ha recibido una copia del procedimiento de quejas?

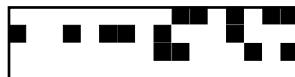
## 2. Self Management

### Auto-administración de Caso

2.1 Are you a self-managed client?  Si  No  No se

¿Es usted un cliente que auto-administra su caso?

(Please turn over and complete the other side)  
(Por favor voltee la página y complete el otro lado)



## 2. Self Management

### Auto-administración de Caso [Continue]

2.2 In the past year, have you had a need for emergency assistance for (Mark all that apply):

¿En el último año, ha tenido usted necesidad de asistencia de emergencia por (Seleccione todas las opciones que apliquen a usted):

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vivienda               | <input type="checkbox"/> Medicamentos  | <input type="checkbox"/> Seguro Médico             |
| <input type="checkbox"/> Beneficios             | <input type="checkbox"/> Salud Mental  | <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol y Drogas |
| <input type="checkbox"/> Access to Medical Care | <input type="checkbox"/> Algun otro problema (s) en que un Administrador de Casos/ Trabajador Social le haya ayudado /pudiera ayudar |  |

2.3 Do you know where to get information about services that may help you learn more about HIV or other services that might be available to you?  Si  No

¿Sabe donde obtener información sobre servicios que le puedan ayudar a aprender más sobre VIH u otros servicios que pueden estar disponibles a usted?

2.4 Do you think that Self Managed clients need a case manager?  Si  No

¿Cree usted que clientes que auto-administran su caso necesitan un Administrador de Casos?

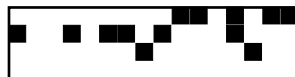
2.5 Regarding the question asked in 2.4, in the box below please explain why or why not.

En cuanto a la pregunta previa (2.4), explique porque si, ó porque no en el espacio de abajo.

2.6 How often do you think you need or would like for a Case Manager/Social Worker to contact you?  Una vez al mes ó más  Cada 3 meses  Cada 6 meses  Una vez al año  Yo lo contactare cuando lo necesite  Ninguna vez

¿Cada cuanto cree usted que necesita o le gustaria que un Administrador de Casos/ Trabajador Social lo contacte?

(Please continue to the next page)  
(Por favor continúe en la siguiente página)



## 2. Self Management

### Auto-administración de Caso [Continue]

2.7 Site Location Number

10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

2.8 Survey Number

1000th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
100th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1th	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	x0	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9

2.9 I currently have a need for the following assistance from a Case Manager/Social Worker (Mark all that apply) for assistance with or referral to:

En este momento necesito asistencia de un Administrador de Casos/Trabajador Social para asistencia con o referencia para (seleccione todas las que apliquen):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servicios médicos primarios | <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental                                  | <input type="checkbox"/> Tratamiento para el abuso de alcohol y drogas |
| <input type="checkbox"/> Asistencia con seguó médico | <input type="checkbox"/> Asistencia con servicios de casa (electricidad, agua, etc) | <input type="checkbox"/> Transportación a citas médicas                |
| <input type="checkbox"/> Apoyo moral y estímulo      | <input type="checkbox"/> Medicamentos   | <input type="checkbox"/> Dentista                                      |
| <input type="checkbox"/> Vivienda                    | <input type="checkbox"/> Comida/Despensa  | <input type="checkbox"/> Cuidado de hijos                              |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Legal            | <input type="checkbox"/> Otro   |  |

2.10 If "Other" marked in question 2.9, please describe in the box below.

Si selecciono "Otro" en la pregunta 2.9, por favor explique porque en el espacio de abajo:

2.11 Please use the box below to give us feedback about self-management services, what you think could be better, what works, what doesn't, etc.

Por favor utilice el espacio de abajo, para darnos su opinión sobre los servicios de auto-administración, que es lo que usted cree que podría mejorar, que funciona, que no funciona, etc.

Thank you for completing the survey.  
Gracias por completar esta encuesta.

