

# Cuestionario para Padres de Crianza

Por favor devuelva a: COA, 120 Wall Street, 11th Fl., New York, NY 10005

Identificación de la organización:

--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha:

Nombre de Organización:

Ciudad:

Estado:

**Instrucciones:** Por favor conteste cada pregunta marcando el círculo bajo  o junto a su respuesta

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NEUTRAL	NO ES TOY DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	NO ES TOY SEGURO
1. Participo en el planeamiento del servicio para mi niño(a) de crianza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. La organización me proporcionaron con la información específica sobre el niño(a) antes de la colocación en mi hogar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. La organización responde positivamente a los desafíos y a los conflictos asociados a la colocación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Me dan el aviso adecuado cuando debo recibir a un niño y cuando un niño(a) debe ser quitado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mi niño(a) de crianza mantiene relaciones con los miembros de la familia, los amigos y su comunidad con visitas y/o actividades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. La organización asegura que mi niño(a) de crianza recibe los servicios necesarios identificados en el plan del servicio, tal como aconsejar, ayuda, y servicios de la educación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Mi niño(a) de crianza tiene oportunidades de participar en las actividades étnicas, culturales, y/o religiosas constantes con su tradiciones culturales o nativas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mi niño(a) de crianza recibe servicios médicos, dentales, de desarrollo, y mentales necesarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Recibí la información sobre las necesidades del cuidado médico de mi niño(a) de crianza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tengo acceso a un trabajador social siempre que necesite información y ayuda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tengo una visita privada con el trabajador social por lo menos una vez al mes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Los padres de crianza están implicados en los esfuerzos del contratamiento y de la retención del padre de crianza de la organización.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El entrenamiento que recibí de la organización me ha preparado con eficacia para ser un(a) padre de crianza (madre de crianza).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me han informado de mis derechos y responsabilidades como padre de crianza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Tengo acceso a servicios para prevenir y/o reducir tensión; tal como cuidado de niño(a), cuidado del aconsejar, ayuda del par, o actividades recreacionales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. La organización me proporcionó o ayudó a desarrollar un plan para responder a las emergencias tales como accidentes, comportamiento ausente del funcionamiento, enfermedad seria, fuego, y desastres naturales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. La organización determina la seguridad de mi hogar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Proporciono el tipo(s) siguiente de cuidado de crianza de niño en mi hogar: ( <i>verifique todo que aplique</i> ): <input type="radio"/> 1. Cuidado de Crianza de la familia <input type="radio"/> 2. Cuidado de Crianza Terapeutico						

19. Por favor use el siguiente espacio para hacer cualquier comentario adicional sobre la organización y los servicios que presta.

**Gracias por tomar tiempo de completar la inspección.**

Me gustaría hablar con el equipo de evaluación por colegas durante la visita de acreditación de COA al lugar.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_ Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Sin embargo, entiendo que no me pueden contactar si la evidencia presentada durante la visita de lugar no requiere la entrada adicional