

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DE LA
ENCUESTA
DE SEGUIMIENTO DE JÓVENES DE 21 AÑOS PARA LA NYTD

Se lo invita a participar en un estudio de investigación para la Base de Datos Nacional de Jóvenes en Transición (NYTD, por sus siglas en inglés) llamado Encuesta de seguimiento de jóvenes de 17, 19 y 21 años que actualmente están o estuvieron bajo cuidado de crianza temporal. Este formulario describe el estudio y lo que significa que usted participe en él. Esperamos que acceda a participar. Sus respuestas son muy importantes para nosotros.

1. **Por qué se realiza esta encuesta:** Esta encuesta se realiza en todo Estados Unidos para recopilar información sobre cómo les está yendo a los jóvenes que dejan el cuidado de crianza temporal.
2. **A quién se le pide que complete esta encuesta:** A los jóvenes bajo cuidado de crianza temporal en los Estados Unidos que cumplan 17 años se les puede pedir que completen esta encuesta. Aquellos que completen la encuesta pueden ser encuestados nuevamente a los 19 y 21 años.
3. **Cómo se recopilan los datos de la encuesta:** Esta encuesta se puede llevar a cabo de 3 maneras: 1) En línea en <https://magik.dcs.in.gov/Portal/Home/Login> (se le proporciona un nombre de usuario y contraseña para acceder a la encuesta); 2) por escrito; o 3) por teléfono (solo para jóvenes de 19 y 21 años).
4. **Cómo se utilizarán los datos de la encuesta:** Sus respuestas a las preguntas de la encuesta ayudarán a los legisladores y a las agencias de bienestar infantil a identificar las necesidades de los jóvenes que están en transición para dejar el cuidado de crianza temporal. Esta información luego se utilizará para ayudar a futuros jóvenes en su transición para dejar el cuidado de crianza temporal.
5. **Cuánto tiempo lleva (en promedio) completar la encuesta:** Sólo debería llevar unos 5 minutos completar esta encuesta.
6. **Procedimientos de confidencialidad:** Para proteger su identidad, sus respuestas se vincularán con un número de identificación y no con su nombre. El archivo que vincula los números de identificación con los nombres de los participantes de la encuesta está protegido con contraseña, y sólo unos pocos empleados del Departamento de Servicios al Menor de Indiana (DCS, por sus siglas en inglés) tienen esta contraseña. Toda la información recopilada a través de esta encuesta se almacena de forma segura en la base de datos de Bienestar Infantil del DCS. Cualquier dato publicado de esta encuesta no incluirá ninguno de los nombres de los participantes de la encuesta.
7. **Beneficios de participar en esta encuesta:** Todos los jóvenes que respondan esta encuesta recibirán un estipendio; \$25 para los jóvenes de 17 años, \$50 para los jóvenes de 19 años y \$100 para los jóvenes de 21 años. Además, esta encuesta brinda a los jóvenes la oportunidad de compartir sus experiencias y ayudar a mejorar los servicios para los jóvenes que están en transición para dejar el cuidado de crianza temporal. Una vez que responda la encuesta, complete el formulario de solicitud de estipendio en <https://fostersuccess.org/nytdstipend/>. Los jóvenes recibirán su estipendio dentro de un período de 2 semanas después de completar la encuesta por correo electrónico. Si tiene inquietudes sobre el estipendio, comuníquese con **Foster Success al (463) 724-9655 o por correo electrónico: nytd@fostersuccess.org**.
8. **Su participación en esta encuesta es voluntaria:** Su participación en esta encuesta es 100% voluntaria y no recibirá ninguna sanción en caso de no participar (por ejemplo, no perderá ningún servicio si no responde esta encuesta). Además, puede negarse a responder cualquier pregunta de la encuesta que no desee contestar.
9. **Cómo obtener más información sobre esta encuesta:** Para obtener más información, consulte a su administrador de casos o llame / envíe un mensaje de texto a Foster Success al (463) 724-9655 o envíe un correo electrónico a nytd@fostersuccess.org.



Encuesta de seguimiento de jóvenes de 21 años para la NYTD

Nombre del joven <i>(obligatorio)</i> :	Fecha en que el joven completó la encuesta O Fecha en que el joven rechazó participar <i>(obligatorio)</i> :
ID de la encuesta <i>(obligatorio)</i> :	Contraseña de la encuesta <i>(obligatorio)</i> :

Al escribir mis iniciales a continuación, confirmo haber leído o que se me ha leído el documento de Consentimiento informado para participar de la Encuesta de seguimiento de jóvenes para la NYTD. También confirmo que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la Encuesta de seguimiento de jóvenes para la NYTD y que todas las preguntas se han respondido satisfactoriamente.

(Iniciales) **Doy mi consentimiento, voluntariamente, para realizar la Encuesta de seguimiento de jóvenes para la NYTD y para participar en este estudio.**

(Iniciales) **Me niego a participar en la Encuesta de seguimiento de jóvenes para la NYTD.**

EMPLEO		
1. ¿Actualmente tiene un empleo a tiempo completo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER	Si trabaja 35 horas o más por semana, responda "Sí"
2. ¿Actualmente tiene un empleo a tiempo parcial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER	Si trabaja menos de 35 horas por semana, responda "Si"
3. ¿En el último año, llevó a cabo alguna formación, pasantía u otro tipo de capacitación en el trabajo, ya sea remunerada o no?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER	Las formaciones, pasantías y otras capacitaciones en el trabajo, ya sean remuneradas o no, lo ayudan a adquirir habilidades relacionadas con el trabajo. Estas actividades pueden incluir: <ul style="list-style-type: none"> oficios específicos como carpintería o mecánica automotriz, o conocimientos

		administrativos como procesamiento de textos o uso de equipos de oficina.
OTRAS FUENTES DE INGRESOS		
4. ¿Actualmente recibe pagos de seguridad social (Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) o pagos por personas a cargo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER	Se trata de pagos del gobierno para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, ropa y vivienda de una persona con discapacidad. Es posible que reciba estos pagos debido a la discapacidad o muerte de uno de sus padres o tutores.
5. ¿Actualmente utiliza alguna beca, subvención, estipendio, préstamo estudiantil, vale u otro tipo de ayuda financiera educativa para cubrir algún gasto educativo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER	Las becas, subvenciones y estipendios son fondos otorgados para gastos relacionados con la educación. "Préstamo estudiantil" hace referencia a un préstamo con bajo interés garantizado por el gobierno para estudiantes de educación postsecundaria.
6. ¿Actualmente recibe algún apoyo o recurso financiero periódico y/o significativo de otra fuente que no se haya indicado previamente y que no incluya el empleo remunerado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER	Esto significa apoyo financiero periódico y/o significativo de: <ul style="list-style-type: none"> • un cónyuge o miembro de la familia (biológico, de crianza o adoptivo), • manutención infantil que recibe, o • fondos de un acuerdo legal. Esto no incluye obsequios ocasionales, como cheques de cumpleaños o de graduación o pequeñas donaciones de alimentos, ni gastos imprevistos personales, subsidios para cuidado infantil, manutención para su hijo u otra ayuda financiera que no lo beneficie directamente para mantenerse.

<p>7. ¿Actualmente recibe pagos continuos de asistencia social del gobierno para satisfacer sus necesidades básicas, por ej., la Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER	<p>Esto hace referencia a pagos <u>continuos</u> de asistencia social del gobierno para <u>satisfacer sus necesidades básicas</u>.</p> <p>Esto no incluye pagos o subsidios para fines específicos, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • seguro de desempleo, • subsidios para cuidado infantil, • asistencia educativa, • cupones de alimentos, o • asistencia para la vivienda.
<p>8. ¿Actualmente recibe asistencia alimentaria del gobierno?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER	<p>La asistencia alimentaria del gobierno incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cupones de alimentos (emitidos por el gobierno), y/o • asistencia del programa WIC (Mujeres, Bebés y Niños).
<p>9. ¿Actualmente recibe algún tipo de asistencia para la vivienda por parte del gobierno, como vivir en una vivienda pública o recibir un bono de vivienda?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER	<p>Las viviendas públicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • viviendas de alquiler proporcionadas por el gobierno para usted y su familia, o • bonos de vivienda (le permiten elegir su propia vivienda mientras el gobierno paga parte de los costos de la vivienda) <p>Esto no incluye los pagos de la agencia de bienestar infantil en concepto de alojamiento y alimentación.</p>
EDUCACIÓN		
<p>10. ¿Actualmente está matriculado y asiste a la escuela secundaria, clases de GED, capacitación vocacional posterior a la escuela secundaria o instituto terciario?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER	<p>Esto significa que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • está matriculado y asiste a la escuela secundaria, • Está matriculado y asiste a clases de GED, o • está matriculado y asiste a capacitación vocacional postsecundaria o a un instituto terciario <p>Se considera que aún está matriculado y que asiste a la escuela incluso si la escuela actualmente no está dictando clases (por ejemplo, receso de primavera, vacaciones de verano, etc.).</p>

<p>11. ¿Cuál es la certificación o el título educativo más alto que ha obtenido?</p>	<p><input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria/GED</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado vocacional</p> <p><input type="checkbox"/> Licencia vocacional</p> <p><input type="checkbox"/> Título técnico (por ejemplo, A.A. (Grado asociado en artes))</p> <p><input type="checkbox"/> Licenciatura (por ejemplo, B.A. (Licenciatura en humanidades) o B.S. (Licenciatura en ciencias))</p> <p><input type="checkbox"/> Título superior</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER</p>	<p>Indique qué certificación o título educativo ha obtenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “GED” es lo mismo que TASC en Indiana • El “Certificado vocacional” indica que ha completado con éxito un programa de educación o capacitación que lo califica para un trabajo en particular (por ejemplo, mecánica automotriz o cosmetología). • La “Licencia vocacional” indica que el Estado o el gobierno local lo reconoce como un profesional calificado para un oficio o negocio en particular. • Un título técnico es un título de dos años de un centro de estudios superiores. • Una licenciatura es un título de cuatro años de un instituto terciario o una universidad. • Un “Título superior” indica un título de posgrado, como una maestría o un doctorado. • “Ninguna de las opciones anteriores” significa no ha recibido ninguna de las certificaciones educativas anteriores.
--	--	---

RELACIONES PERMANENTES CON ADULTOS

<p>12. ¿Actualmente hay al menos un adulto en su vida, además de su asistente social, a quien pueda acudir en busca de consejos o apoyo emocional?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER</p>	<p>Esto hace referencia a un adulto al que puede acudir para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consejos u orientación, • compañía, • compartir logros personales. <p>Puede incluir, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • parientes adultos, • padres o • padres de crianza. Esto no incluye: • cónyuges, • parejas, • novios/as, ni tampoco • trabajadores sociales actuales. <p>El adulto debe estar disponible para usted, ya sea por teléfono o en persona.</p>
--	--	--

En caso de responder "Sí", ¿quién es el adulto? (marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amigo de la familia | <input type="checkbox"/> Hermano/a | <input type="checkbox"/> Terapeuta |
| <input type="checkbox"/> Abuelo/a | <input type="checkbox"/> Otro miembro de la familia | <input type="checkbox"/> Grupo de la iglesia |
| <input type="checkbox"/> Padre/madre biológico/a | <input type="checkbox"/> CASA (representante de oficio designado por el tribunal) u otro defensor judicial | <input type="checkbox"/> Padres de crianza |
| | | <input type="checkbox"/> Otro |

VIVIENDA

<p>13. ¿En los últimos dos años ha estado sin hogar en algún momento?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER</p>	<p>“Sin hogar” significa que <u>no tiene un lugar habitual o adecuado para vivir</u>. Vivir en un automóvil, en la calle o permanecer en un refugio para personas sin hogar o en otro refugio temporal no se considera un lugar habitual y adecuado para vivir.</p>
--	--	---

PREGUNTAS SOBRE SU ESTILO DE VIDA		
14. ¿En los últimos dos años ha acudido o ha sido derivado por alguna persona para una evaluación o terapia por abuso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER	Esto incluye: <ul style="list-style-type: none"> • acudir por cuenta propia, o • la derivación por parte de un trabajador social, personal escolar, médico, trabajador de salud mental, padre de crianza u otro adulto para una evaluación o terapia por abuso de alcohol o drogas. La evaluación de abuso de alcohol o drogas es un proceso diseñado para determinar si alguien tiene un problema con el consumo de alcohol o drogas.
15. ¿En los últimos dos años estuvo en una cárcel, prisión, centro correccional o centro de detención juvenil o comunitario por la presunta comisión de un delito?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER	Esto significa que estuvo en una cárcel, prisión, centro correccional o centro de detención juvenil o comunitario porque se presume que cometió un delito (menor o mayor).
16. ¿En los últimos dos años ha dado a luz o ha procreado a un niño que haya nacido?	<input type="checkbox"/> Sí (Pase a la pregunta 17) <input type="checkbox"/> NO (Pase a la pregunta 18) <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER (Pase a la pregunta 18)	Esto significa que usted ha dado a luz o ha procreado al menos un niño que nació. Varones: Si no sabe si ha procreado a un niño, responda "No".
17. Si respondió Sí a la pregunta anterior, ¿estaba usted casado/a con el padre/madre del niño cuando nacieron cada uno de sus hijos?	<input type="checkbox"/> Sí (Pase a la pregunta 18) <input type="checkbox"/> NO (Pase a la pregunta 18) <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER (Pase a la pregunta 18)	Esto significa que usted estaba casado/a con el padre/madre de esos niños cuando nacieron.
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA		
18. ¿Actualmente tiene Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER	Medicaid (o el programa estatal de asistencia médica) es un programa de seguro médico financiado por el gobierno.

<p>19. ¿Actualmente tiene un seguro médico que no sea Medicaid?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí (Pase a la pregunta 20)</p> <p><input type="checkbox"/> NO (Encuesta completa - Pase a la sección "Información de contacto")</p> <p><input type="checkbox"/> NO SABE (Encuesta completa - Pase a la sección "Información de contacto")</p> <p><input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER (Encuesta completa - Pase a la sección "Información de contacto")</p>	<p>"Seguro médico" significa contar con un tercero, que no sea Medicaid, que pague la totalidad o parte de su atención médica.</p> <p>Es posible que tenga un seguro médico proporcionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • empleadores o escuelas; o • una póliza individual que cubre atención médica y/o salud mental y/o medicamentos recetados. • cobertura de seguro de sus padres. <p>Esto también podría incluir el acceso a atención médica gratuita a través de un instituto terciario, una tribu aborígen u otra fuente.</p>
<p>CONTESTE LA SIGUIENTE PREGUNTA <u>SÓLO SI RESPONDIÓ "SÍ" A LA PREGUNTA "19" QUE SE ENCUENTRA MÁS ARRIBA</u></p>		
<p>20. ¿Su seguro médico incluye cobertura para servicios médicos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí (Pase a la pregunta 21)</p> <p><input type="checkbox"/> NO (Encuesta completa - Pase a la sección "Información de contacto")</p> <p><input type="checkbox"/> NO SABE (Encuesta completa - Pase a la sección "Información de contacto")</p> <p><input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER (Encuesta completa - Pase a la sección "Información de contacto")</p>	<p>Esto significa que su seguro médico cubre al menos algunos servicios o procedimientos médicos.</p> <p>Conteste esta pregunta sólo si respondió "sí" a la pregunta 16.</p>
<p>CONTESTE LA SIGUIENTE PREGUNTA <u>SÓLO SI RESPONDIÓ "SÍ" A LA PREGUNTA "20" QUE SE ENCUENTRA MÁS ARRIBA</u></p>		
<p>21. ¿Su seguro médico incluye cobertura para servicios de salud mental?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> NO SABE</p> <p><input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER</p>	<p>Esto significa que su seguro médico (que no sea Medicaid) cubre al menos algunos servicios de salud mental.</p> <p>Conteste esta pregunta sólo si respondió "sí" a la pregunta 17.</p>
<p>22. ¿Su seguro médico incluye cobertura para medicamentos recetados?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> NO SABE</p> <p><input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER</p>	<p>Esto significa que su seguro médico cubre al menos algunos medicamentos recetados.</p> <p>Conteste esta pregunta sólo si respondió "sí" a la pregunta 17.</p>
<p>21. ¿Actualmente necesita servicios de apoyo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER</p>	<p>Esto significa que necesita apoyo y asistencia en materia de empleo, educación, vivienda, etc.</p>

<p>21. ¿Le gustaría que lo derivaran a servicios voluntarios y que un Proveedor de servicios para jóvenes mayores se comunicara con usted?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER</p>	<p>Esto significa que le gustaría recibir ayuda relacionada con el empleo, la educación, la vivienda, etc.</p> <p>Conteste esta pregunta sólo si responde "sí" a la pregunta 23.</p>
--	--	--

INFORMACIÓN DE CONTACTO

¡Su opinión nos importa!

Nos gustaría agradecerle por su participación en la Encuesta de seguimiento de la NYTD.

Si respondió "Sí" a las preguntas 23 y 24 o desea información sobre cómo puede recibir asistencia financiera educativa, deje su información de contacto a continuación.

NOMBRE DEL CONTACTO:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR:

OTRA INFORMACIÓN DE CONTACTO:

¡Gracias por completar la encuesta!

Apreciamos su ayuda.

Para obtener más información sobre la Base de Datos Nacional de Jóvenes en Transición, visite:
<https://www.in.gov/dcs/2793.htm>

