**Distrito de Columbia**

**Consejo de Discapacidades del Desarrollo**

**Encuesta de 2015-2016**

**Misión:** El Consejo de Discapacidades del Desarrollo (DC Developmental Disabilities Council DDC) del Distrito de Columbia trata de fortalecer la voz de las personas con discapacidades del desarrollo y sus familias con el fin de apoyar más​​s independencia, inclusión, empoderamiento, y la búsqueda del estilo de vida que elijan. Nos esforzamos por crear un cambio progresivo que elimina la discriminación y las barreras a la inclusión total a través de nuestra defensa y lucha de los derechos ci​​viles y humanos de las personas con discapacidades del desarrollo y sus familias.

**Discapacidad del Desarrollo:** Es una discapacidad intelectual o física que es severo y duradera que ocurre antes de la edad 22 años. También es probable que la discapacidad continuará para siempre y resultará en limitaciones sustanciales en tres o más de las actividades principales de la vida: cuidado propio, habla, comprensión del lenguaje, aprendizaje, movilidad, capacidad de tomar decisiones, independencia financiera, y/o la capacidad funcionar sin servicios planificados y coordinados individualmente.

**Objetivo de la encuesta:** DDC consiste en residentes del Distrito de Columbia que tienen discapacidades del desarrollo, miembros de sus familias, y otros​ aliados profesionales. Es nuestra responsabilidad identificar las necesidades más​ importantes en nuestra comunidad latino y hispanoparlante. Con el fin de hacer esto, queremos hacerle unas preguntas, y solicitar sus opiniones y sugerencias. El DDC utilizará​ sus comentarios para desarrollar nuestras prioridades de los próximos 5 años, desde el año fiscal 2017 hasta el 2021 para mejorar nuestras actividades, los apoyos y los servicios para los residentes con discapacidades del desarrollo y sus familias.

Por favor ayúdenos, y proporcione sus respuestas a las siguientes preguntas. Esta encuesta só​​lo durará algunos minutos. Muchas gracias.

**1. Rango de edad (por favor elija uno)**

22 años o menor

 23-35

 36-45

 46-55

 56 años o mayor

**2. Elija la respuesta que mejor te describe:**

\_\_\_\_\_\_\_\_Individuo con discapacidad del desarrollo

\_\_\_\_\_\_\_\_Padre o Madre

\_\_\_\_\_\_\_\_Otra persona de la familia

\_\_\_\_\_\_\_\_Pareja/amigo

\_\_\_\_\_\_\_\_Defensor/aliado

\_\_\_\_\_\_\_\_Profesional

**3. Identidad de género:**

\_\_\_\_\_\_\_\_Hombre

\_\_\_\_\_\_\_\_Mujer

\_\_\_\_\_\_\_\_Transexual

\_\_\_\_\_\_\_\_Otro (por favor, identifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. ¿En cuál​​ distrito electoral (escriba el nú​​mero) vive usted?**

**5. ¿Cuales son los retos y barreras que se interponen para que usted y/o un miembro de la familia logre vivir la vida que desea? ¿Qué servicios y apoyos recibe usted o recibe un miembro de su familia? Priorice su nivel de satisfacción con estos servicios.**

1=Muy descontento/insatisfecho

3=Contento/satisfecho

5= Muy contento/satisfecho

**6. ¿Cuáles son las necesidades no cubiertas que previenen las personas con discapacidades del desarrollo y sus familias a acceder y utilizar los servicios de participar de manera plena y contribuir a su comunidad? ¿Cuánto gasta usted, cada mes, de su propio dinero, por los servicios y apoyos necesarios? Por favor, identifique los tipos de servicios y apoyos necesarios que usted y/o miembros de su familia pagan con su propio dinero.**

**7. Priorización de Metas (Escala de lo más​​s importante a lo menos importante)**

Un paso importante cuando desarrollemos metas en el Plan Estatal de Cinco Años de DDC, es la identificación de los temas de prioridad.

Adjunto es una lista de los temas de prioridad que estamos considerando. Por favor, priorice los temas con (1=Lo más importante) (2= El segundo más importante) (3= El tercero más importante) basado en el nivel de importancia para usted.

\_\_\_\_\_\_\_\_Defensa propia y autodeterminación

\_\_\_\_\_\_\_\_Empleo

\_\_\_\_\_\_\_\_Cuidado de niños y cuidado de reposo (respite)

\_\_\_\_\_\_\_\_Educación de salud

\_\_\_\_\_\_\_\_Educación e intervención temprana

\_\_\_\_\_\_\_\_Vivienda

\_\_\_\_\_\_\_\_Transportación

\_\_\_\_\_\_\_\_Recreación

\_\_\_\_\_\_\_\_Apoyos formales e informales en la comunidad

\_\_\_\_\_\_\_\_Otro (por favor identifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Para cada una de las tres áreas prioritarias identificadas anteriormente, por favor describa sus expectaciones y preocupaciones sobre los tipos de servicios y apoyos que necesitan usted y/o su familia para lograr el mejor grado de independencia, integración, e inclusión en la comunidad.**

**9. Opcional: ¿Qué es su etnicidad?**

\_\_\_\_\_\_\_\_Afroamericano/negro

\_\_\_\_\_\_\_\_Caucásico/blanco

\_\_\_\_\_\_\_\_Latino/hispano

\_\_\_\_\_\_\_\_Asiático/persona de la Polinesia

\_\_\_\_\_\_\_\_Nativo Americano/indígena

\_\_\_\_\_\_\_\_Etnias múltiples

\_\_\_\_\_\_\_\_Otro (por favor identifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. Opcional: ¿Cuál es su discapacidad o la discapacidad del miembro de su familia?**

\_\_\_\_\_\_\_\_Discapacidad intelectual

\_\_\_\_\_\_\_\_Parálisis cerebral

\_\_\_\_\_\_\_\_Autismo

\_\_\_\_\_\_\_\_Sordo

\_\_\_\_\_\_\_\_Ciego

\_\_\_\_\_\_\_\_Discapacidades múltiples

\_\_\_\_\_\_\_\_Otro (por favor identifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para aprender más​​s sobre el DC DDC, por favor visite <http://ddc.dc.gov/> o contacte Mathew McCollough, Director Executivo, teléfono (202) 727-6744 o correo electrónico a mathew.mccollough@dc.gov

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y AYUDA!