

1. ¿En qué pueblo o municipalidad usted vive? _____

2. ¿En cuál condado usted vive? (Escoja uno)

Hunterdon

Morris

Passaic

Somerset

Sussex

Warren

Otro, Favor de escribir el nombre _____

3. Número total de personas que viven en su casa incluyéndose a usted _____

4. Por favor complete la área por cada *miembro de su familia* en su casa incluyéndose a usted.

Yo M F Su edad: 15-18 19-25 26-55 55+

Si No ¿Usted tiene seguro medico?

Si No ¿Usted tiene plan de seguro para medicinas recetadas?

Esposo(a)/Pareja M F Su edad: 15-18 19-25 26-55 55+

Si No ¿Tienen seguro medico?

Si No ¿Tienen plan de seguro para medicinas recetadas?

Niño(a) M F Su edad: 15-18 19-25 26-55 55+

Si No ¿Tienen seguro medico?

Si No ¿Tienen plan de seguro para medicinas recetadas?

Niño(a) M F Su edad: 15-18 19-25 26-55 55+

Si No ¿Tienen seguro medico?

Si No ¿Tienen plan de seguro para medicinas recetadas?

Niño(a) M F Su edad: 15-18 19-25 26-55 55+

Si No ¿Tienen seguro medico?

Si No ¿Tienen plan de seguro para medicinas recetadas?

Otros Miembros Familiares M F Su edad: 15-18 19-25 26-55 55+

Si No ¿Tienen seguro medico?

Si No ¿Tienen plan de seguro para medicinas recetadas?

Otros Miembros Familiares M F Su edad: 15-18 19-25 26-55 55+

Si No ¿Tienen seguro medico?

Si No ¿Tienen plan de seguro para medicinas recetadas?

13. **¿Como te sientes vivir en tu vecindario? (Escoja uno)**
- Bien Satisfecho Mas o menos satisfecho Neutral
 Un poco descontento Bien Descontento
14. **¿Que titulo mejor describe su trabajo o área de oficio?**
- Asistente Administrativo/ Oficinista Cuidado de Salud/Hospital Cuidado de Niños
 Limpieza/Mantenimiento Construcción/Trabajador Laboral Gerencia/Profesional
 Servicios Ventas/Trabajo en Tienda Industria de Comida
 Almacenes (Warehouse) Otro- Favor de Escribir _____
15. **¿En los últimos dos años, hayan ocurrido algunas de estas circunstancias? (Escoja todos los que apliquen)**
- Me despidieron de mi trabajo Me redujeron las horas de mi horario laboral
 Cerro el negocio Perdí mi seguro medico
16. **¿Cuántas personas en su familia son?**
- Veteranos Incapacitados
17. **¿Como usted se moviliza? (Escoja uno solamente)**
- Mi propio carro Tomo el bus/Transporte del condado
 Me transportan mis amigos/familiares Taxi Camino o bicicleta
18. **¿Usted usa el internet con frecuencia?**
- Si No
19. **¿Alguna vez usted ha aplicado a los servicios de NORWESCAP o alguna otra agencia comunitaria usando el Internet?**
- Si No
20. **¿Usted ha estado envuelto en algunas de estas actividades comunitarias este año? (escoja todas las que le corresponda a usted)**
- Yo voto Fui voluntario de agencia comunitaria
 Estoy envuelto en mi Iglesia Estoy envuelto en la escuela de mi hijo(a)/PTA
 Estoy envuelto en mi vecindario (Vigilancia/Block Watch/Etc.)
 Estoy envuelto en el edificio donde yo vivo (Tenants Association)
 Yo escribí al periódico o a mi representante gubernamental para decirles mi opinión
 Participo en una reunión pública (Concilio del Pueblo, Reunión de “Freeholders”, Junta Escolar)
21. **Escoja sus tres (3) necesidades más importantes que no reciben la atención que deberían.**
- Vivienda con precio adecuado/Lugar más seguro para vivir/Mi Propia Casa
 Carro/Transporte más confiable Cuidado de niños más barato
 Cuidado Dental Comida
 Atención Médica

- Entrenamiento para trabajos/Mejor Trabajo/Oportunidades de Empleo
- Cuidado de Salud Mental/Tratamiento
- Abuso de Sustancias Adictivas/Tratamiento para el consumo de Alcohol
- Otro/Favor de Escribir: _____

22. ¿Cuál de estas opciones usted tiene? (Escoja todas la que tenga)

- Cuenta Corriente
- Cuanta de Ahorros
- Pensión o Cuenta Individual de Retiro
- Tarjetas de Crédito
- Tarjeta de Debito Pre-pagada
- Ninguno

23. ¿Usted paga por servicios de cambiar cheques?

- Si
- No

24. ¿Usted a petitionado a la corte por bancarrota en los últimos 3 años?

- Si
- No

25. ¿Usted ha aplicado y/o ha recibido el crédito de los impuestos Earned Income Tax Credit (EITC)?

- Si
- No
- No estoy seguro/No sé lo que es EITC

26. ¿Si usted sabe información sobre el Earned Income Tax Credit (EITC) pero no lo ha ingresado en su planilla de impuestos, nos puede indicar por qué?

- No sabía cómo hacer mi retorno de impuestos
- Nunca llene mi planilla de impuestos
- Me da miedo hacer mis impuestos

27. ¿Usted tiene ingresos de trabajo en su vivienda?

- Si
- No

Si su respuesta es si, ¿Cual es el ingreso total de su casa? (Favor de incluir todos los ingresos de los miembros de sus casa)

- \$0-\$10,000 al año
- \$10,001-\$20,000 al año
- \$20,001-\$30,000 al año
- \$30,001-\$40,000 al año
- \$40,001-\$50,000 al año

28. ¿Hay alguien en su casa que recibe beneficios de desempleo?

- Si
- No

Si su respuesta es si, ¿cual es el monto de sus beneficios de desempleo?

- \$100-\$200 a la semana
- \$201-\$300 a la semana
- \$301-\$400 a la semana
- \$401-\$500 a la semana
- \$501-\$600 a la semana
- Otro \$_____ (escriba el monto)

29. ¿Hay alguien en la casa que recibe pensión infantil

- Si
- No

Si su respuesta es si, ¿cual es el monto mensual?

- \$100-\$250 al mes
- \$251-\$350 al mes
- \$351-\$450 al mes
- \$451-\$550 al mes
- \$551-\$650 al mes
- \$651-\$750 al mes
- \$751-\$850 al mes
- \$851 o más, mensualmente.

30. **¿Hay alguien en su vivienda que recibe beneficios del Seguro Social SSI, o SSD?**

Si No

Si su respuesta es si, ¿Cual es el monto mensual?

\$100-\$500 al mes \$501-\$800 al mes \$801-\$1000 al mes
 \$1001-\$1200 al mes \$1201-\$1400 al mes \$1401-\$1600 al mes
 \$1601-\$1800 al mes \$1801 o más, mensualmente.

31. **¿Hay alguien en la vivienda que recibe beneficios del Welfare, Dinero en Efectivo, TANF, o Asistencia General (GA)?**

Si No

Si su respuesta es si, ¿cual es el monto mensual?

\$100-\$140 al mes \$141-\$250 al mes \$251-\$350 al mes
 \$351-\$450 al mes \$451-\$550 al mes Mas de \$550 al mes.

32. **¿Hay alguien en la vivienda que recibe Estampillas de Comida (Food Stamps)?**

Si No

Si su respuesta es si, ¿cual es el monto mensual?

\$10-\$100 al mes \$101-\$200 al mes \$201-\$250 al mes
 \$251-\$300 al mes \$301-\$350 al mes \$351-\$400 al mes
 \$401-\$450 al mes Mas de \$451

33. **¿Hay alguien en la vivienda que recibe beneficios de una pensión?**

Si No

Si su respuesta es si, ¿cual es el monto mensual?

\$100-\$500 al mes \$501-\$1000 al mes \$1001-\$1500 al mes
 \$1501-\$2000 al mes \$2001-\$2500 al mes Mas de \$2501 al mes.

34. **¿Hay alguien en su vivienda que recibe algún otro ingreso?**

Si No

Si su respuesta es si, ¿Qué tipo de ingreso?

Beneficios de Veteranos Familia/Amigos Otro: _____

SI su respuesta es si, ¿cual es el monto total de ese ingreso?

\$100-\$200 al mes \$201-\$300 al mes \$301-\$400 al mes
 \$401-\$500 al mes \$501-\$600 al mes \$601-\$700 al mes
 \$701-\$800 al mes Mas de \$801 al mes

35. **¿Cuánto dinero usted cree que necesita para cubrir los gastos de su vivienda cada mes? \$_____**

36. **¿En su opinión, por qué usted cree que gente tienen problemas cubriéndose a sus gastos?**

Por que tienen mala suerte Por que no tienen educación/trabajo/entrenamiento adecuado
 Por que les falta motivación/ética de trabajo No pueden cambiar/La forma como crecieron
 Abuso de Drogas/Alcohol Empleó-el salario no alcanza Razones de Salud
 Problemas de Salud Mental Welfare/Sistema de asistencia gubernamental
 Otro: _____

37. **¿Cuándo el dinero esta bajado en su presupuesto, que hace usted para cubrir sus gastos? (escoja todas las que apliquen a su vivienda)**

- No pago una cobranza Pido asistencia al Gobierno
 Pido dinero prestado a mis amigos/familiares Me mudo con otros/comparto los gastos
 Trabajo horas adicionales Busco otro trabajo Pido asistencia de agencias comunitarias o de agencias de servicios sociales Otro: _____

38. **¿Mirando al próximo año, como la situación para usted y su familia?**

- Igual que este año Creo que va a empeorar
 Creo que las cosas van a mejorar

39. **Si usted recibe algún servicio de NORWESCAP, favor de marcar cada servicio que usted recibe.**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arthur & Friends | <input type="checkbox"/> Head Start |
| <input type="checkbox"/> Backpack Program | <input type="checkbox"/> Healthy Families (TIP) |
| <input type="checkbox"/> Career and Life Transitions Center for Women | <input type="checkbox"/> Housing/Homelessness Assistance |
| <input type="checkbox"/> Cancer Screening/CEED | <input type="checkbox"/> Minor Home Repair |
| <input type="checkbox"/> Child Care Voucher | <input type="checkbox"/> Heating System Improvement |
| <input type="checkbox"/> Circles™ Initiative | <input type="checkbox"/> Phillipsburg Family Success Center |
| <input type="checkbox"/> Circles™ College | <input type="checkbox"/> SHIP State Health Insurance Program |
| <input type="checkbox"/> Community Meals | <input type="checkbox"/> Summer Feeding/Nutrition Program |
| <input type="checkbox"/> Individual Development Account | <input type="checkbox"/> Skylands RSVP (Volunteer) |
| <input type="checkbox"/> Early Head Start | <input type="checkbox"/> Weatherization |
| <input type="checkbox"/> Family Self Sufficiency | <input type="checkbox"/> (WIC) Women, Infants & Children Supplemental Food Program |
| <input type="checkbox"/> Financial Literacy | <input type="checkbox"/> Volunteer Income Tax Assistance (VITA) program |
| <input type="checkbox"/> Family Loan Program | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Energy Assistance (LIHEAP) | |
| <input type="checkbox"/> Food Bank | |

40. **¿Si usted podría cambiar una cosa de su vida para mejorarla, que sería?**

¡Gracias por su participación!

Todas las respuestas son confidenciales. ¡Apreciamos su ayuda!
Favor de retornar las encuestas completas a NORWESCAP en la
350 Marshall Street, Phillipsburg, NJ 08865