

OUTCOME 3:**ENCUESTA DIRIGIDA A LOS BENEFICIARIOS DE NIÑEZ MIGRANTE VENEZOLANA**

Duración: _____

SECCIÓN 0: Datos básicos del informante

0.1 Nombres: _____

0.2 Apellido paterno: _____

0.3 Apellido materno: _____

0.4 Sexo: F M0.5 Edad:

0.6 Celular: _____

0.7a Nivel educativo alcanzado: _____

0.7b Curso: _____

SECCIÓN 1: Características del hogar1.1 ¿De cuántos miembros está conformado su hogar? 1.2 ¿Cuántas personas menores de 18 años son parte de su hogar?

1.3 ¿Está en busca de refugio o está refugiado actualmente?

Si No 1.4 El lugar donde habita es: 1. Refugio temporal 2. Refugio permanente 1.5 ¿Cuántas mujeres son parte de su círculo familiar?

1.6 ¿Alguno de sus hijo(a)s ha nacido en Bolivia?

Si No 1.6.1 De ser así, el niño(a) cuenta con: 1. Certificado de nacimiento 2. Carnet de identidad 3. Ambos 4. Ninguno **SECCIÓN 2: Pertinencia y oportunidad del programa**2.1 ¿Tenía conocimiento acerca de la existencia de programas que brinden asistencia en temas de regulación migratoria? Si No 2.2 ¿Tenía conocimiento acerca de la existencia de programas que brinden apoyo psicopedagógico? Si No 2.3 ¿Tenía conocimiento acerca de la existencia de programas que brinden servicios de acogida? Si No 2.4 ¿Tenía conocimiento de las regulaciones y trámites migratorios que debe hacer? Si No 2.5 ¿Considera importante que estos programas de apoyo tengan mayor difusión para incrementar su alcance? Si No 2.6 ¿Conocía la existencia de la ayuda que brinda DIGEMIG a personas en situación de movilidad humana? Si No 2.7 ¿Tenía algún conocimiento acerca de la violencia basada en género y cómo prevenirla previo al programa? Si No **SECCIÓN 3: Implementación del programa**3.1 Usted ha recibido algún tipo de asesoramiento referente a regulación migratoria? Si No 3.2 Usted ha recibido información o asesoramiento que le ha permitido mejorar o concluir sus trámites de regulación y/o documentación migratoria? Si No 3.3 Por parte de DIGEMIG, ha recibido: *(puede marcar más de una opción)*1. Acompañamiento legal 2. Apoyo económico 3. Ninguno 3.4 En el caso de tener hijos, usted o él han recibido: *(puede marcar más de una opción)*1. Ayuda para tramitar su documentación (certificado de nacimiento y/o carnet de identidad) 2. Permiso de residencia temporal gracias a un programa 3. Albergue transitorio y alimento nutricional 4. Ayuda de algún programa para su proceso de regulación migratoria? 3.5 Su hijo ha recibido algún servicio de salud especializado de parte de Fundación Si No

Munasin Kullaquita/Pastoral de Movilidad Humana/ Fundación Scalabrini?

3.6 Usted o su hijo ha recibido algún servicio de salud especializado en salud mental de parte de Munasin Kullaquita/Pastoral de Movilidad Humana/Scalabrini? Si No **SECCIÓN 3: Implementación del programa**

3.7 Ha recibido alguna de las siguientes vacunas por parte de estos programas?	1. Hepatitis B	<input type="checkbox"/>
2. Tuberculosis		<input type="checkbox"/>
3. Gripe Rotavirus		<input type="checkbox"/>
4. Fiebre amarilla		<input type="checkbox"/>
5. Otro	especifique	<input type="checkbox"/>
3.8 ¿Alguna mujer de su hogar ha recibido alguno de estos servicios de diagnóstico o prevención de parte de Munasin Kullaquita/Pastoral de Movilidad Humana/Scalabrini:	1. Virus del Papiloma Humano (VPH)	<input type="checkbox"/>
	2. Cáncer uterino	<input type="checkbox"/>
	3. Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>
3.9 Su hijo ha recibido algún tipo de servicio de educación mediante estos programas?	1. Si	<input type="checkbox"/>
	2. No	<input type="checkbox"/>
3.10 ¿Su hijo(a) ha recibido algún tipo de asesoría de parte de Munasin Kullaquita/Pastoral de Movilidad Humana/Scalabrini referente a:	1. Protección a niños	<input type="checkbox"/>
	2. Protección	<input type="checkbox"/>
	3. Derechos de los niños	<input type="checkbox"/>
	4. Psicoafectividad	<input type="checkbox"/>
3.11 ¿Usted ha recibido algún tipo de asesoría de parte de Munasin Kullaquita/Pastoral de Movilidad Humana/Scalabrini referente a:	1. Asesoría legal	<input type="checkbox"/>
	2. Protección a niños	<input type="checkbox"/>
	3. Explotación sexual	<input type="checkbox"/>
	4. Abuso sexual	<input type="checkbox"/>
	5. Trafico de personas	<input type="checkbox"/>
	6. Violencia de género	<input type="checkbox"/>
	7. Condiciones de trabajo ilegal	<input type="checkbox"/>
3.12 Usted o su hijo ha recibido de Munasin Kullaquita/Pastoral de Movilidad Humana/Scalabrini:		
1. Apoyo psicosocial mediante actividades lúdicas	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
2. Intervención para prevención de violencia basada en género	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
3. Ayuda para superar los aspectos negativos de la migración	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 4: Uso y beneficios

4.1 Considera que el asesoramiento legal ha sido útil para su proceso migratorio?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
4.1.1 En qué medida? De una escala del 1 al 10 siendo 10 muy útil		<input type="checkbox"/>		
4.2 Considera que el apoyo educativo ha sido útil para su hijo?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
4.2.1 En qué medida? De una escala del 1 al 10 siendo 10 muy útil		<input type="checkbox"/>		
4.3 Considera que el apoyo psicosocial ha sido útil durante su proceso migratorio para usted y su familia?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
4.3.1 En qué medida? De una escala del 1 al 10 siendo 10 muy útil		<input type="checkbox"/>		
4.4 Considera que la capacitación acerca de violencia basada en género ha sido de provecho para usted y su familia?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
4.4.1 En qué medida? De una escala del 1 al 10 siendo 10 muy útil		<input type="checkbox"/>		
4.5 Considera que los servicios de salud recibidos fueron provechosos para su salud o la de su círculo familiar?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
4.5.1 En qué medida? De una escala del 1 al 10 siendo 10 muy útil		<input type="checkbox"/>		