

Outcome 3: Protección a la niñez

**Encuesta dirigida a beneficiarios de: PREVENCIÓN DE ABANDONO Y VIOLENCIA CON FAMILIAS - CIUDAD DEL NIÑO (Familias)**

**SECCIÓN 0: DATOS BÁSICOS DEL INFORMANTE**

|   |                          |           |                          |          |   |                          |             |                          |             |                          |             |
|---|--------------------------|-----------|--------------------------|----------|---|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| <p><b>1 Nombre</b> _____</p> <p><b>2 Apellido Paterno</b> _____</p> <p><b>3 Apellido Materno</b> _____</p> <p><b>4 Sexo</b></p> <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Hombre</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Mujer</td></tr> </table> <p><b>5 Edad</b> _____ años</p> <p><b>6 Celular</b> _____</p> | <input type="checkbox"/> | 1. Hombre | <input type="checkbox"/> | 2. Mujer | <p><b>7 Lugar de Residencia</b></p> <p><b>7a Municipio</b></p> <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Municipio 1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Municipio 2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Municipio 3</td></tr> </table> <p><b>7b Comunidad</b> _____</p> | <input type="checkbox"/> | Municipio 1 | <input type="checkbox"/> | Municipio 2 | <input type="checkbox"/> | Municipio 3 |
| <input type="checkbox"/>  | 1. Hombre                |           |                          |          |   |                          |             |                          |             |                          |             |
| <input type="checkbox"/>  | 2. Mujer                 |           |                          |          |   |                          |             |                          |             |                          |             |
| <input type="checkbox"/>  | Municipio 1              |           |                          |          |   |                          |             |                          |             |                          |             |
| <input type="checkbox"/>  | Municipio 2              |           |                          |          |   |                          |             |                          |             |                          |             |
| <input type="checkbox"/>  | Municipio 3              |           |                          |          |   |                          |             |                          |             |                          |             |

**SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR**

**Parte 1: Características del hogar**

**1 ¿De cuántos miembros se encuentra conformado su hogar?** \_\_\_\_\_ personas

**2 ¿Cuántas personas entre 12 y 17 años viven en su hogar?** \_\_\_\_\_ adolescentes

**3 ¿Cuántas personas menores de 12 años viven en su hogar?** \_\_\_\_\_ niños

**4 ¿La vivienda donde vive su hogar es...?**

|                          |                |                          |                              |
|--------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Propia      | <input type="checkbox"/> | 4. Cedida por terceros       |
| <input type="checkbox"/> | 2. Alquilada   | <input type="checkbox"/> | 5. Otros (Especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> | 3. Anticrético |                          |                              |

**5 Señale los servicios con los que cuenta su vivienda:**

|                          |                            |                          |                      |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Agua por cañería de red | <input type="checkbox"/> | 4. Telefonía celular |
| <input type="checkbox"/> | 2. Electricidad            | <input type="checkbox"/> | 5. Internet          |
| <input type="checkbox"/> | 3. Alcantarillado          |                          |                      |

**6 Señale los activos que posee su hogar**

|                          |                |                          |                                |                          |                    |
|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Televisor   | <input type="checkbox"/> | 4. Teléfono celular/smartphone | <input type="checkbox"/> | 7. Moto o vehículo |
| <input type="checkbox"/> | 2. Radio       | <input type="checkbox"/> | 5. Refrigerador/heladera       |                          |                    |
| <input type="checkbox"/> | 3. Computadora | <input type="checkbox"/> | 6. Bicicleta                   |                          |                    |

**SECCIÓN 2: PERTINENCIA Y OPORTUNIDAD**

|   |                          |       |                          |       |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|-------|
| <b>1 ¿Su hogar anteriormente ha pasado por un proceso de reintegración familiar?</b>  | <input type="checkbox"/> | 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No |
| <b>2 ¿Usted o algún(os) miembro(s) de su hogar recibió algún tipo de apoyo psicosocial para atravesar este proceso de reintegración familiar?</b>                               | <input type="checkbox"/> | 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No |
| <b>3 ¿Su hogar recibió algún plan de desarrollo familiar por parte de algún especialista (psicólogo)?</b>   | <input type="checkbox"/> | 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No |
| <b>4 ¿Su hogar recibió información relacionada a los cuidados contra el Covid-19?</b>   | <input type="checkbox"/> | 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No |
| <b>5 ¿Los miembros de su hogar (niños o adultos) recibieron capacitación en la temática de Derecho de Vivir en Familia o en temas relacionados a la reintegración familiar?</b> | <input type="checkbox"/> | 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No |
| <b>6 Antes de recibir este plan, ¿su hogar tenía conocimiento respecto a la existencia de ellos?</b>  | <input type="checkbox"/> | 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No |

**SECCIÓN 3: VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN**

**1 ¿Su hogar tuvo alguna dificultad con el proceso de reintegración familiar?**  1. Si  2. No

**2 ¿Cuál?**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Tiempo (cruce con actividades laborales/educativas) |
| <input type="checkbox"/> | 2. Distancia (del hogar al lugar de la reunión)        |
| <input type="checkbox"/> | 3. Internet (la reunión era virtual)                   |
| <input type="checkbox"/> | 4. Otra (Especifique) _____                            |

**3 ¿Cuán complicado les resulta realizar las actividades del plan de desarrollo familiar?**

|                          |                |                          |            |                          |                        |                          |          |                          |              |
|--------------------------|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Muy difícil | <input type="checkbox"/> | 2. Difícil | <input type="checkbox"/> | 3. Ni fácil ni difícil | <input type="checkbox"/> | 4. Fácil | <input type="checkbox"/> | 5. Muy fácil |
|--------------------------|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------|

**4 ¿Usted considera que la reintegración familiar habría podido darse sin la intervención de UNICEF/Ciudad de los niños?**

|                          |       |                          |       |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Si | <input type="checkbox"/> | 2. No |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------|

**SECCIÓN 4: USO Y BENEFICIOS**

|  |    |                          |    |                          |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| <b>1 ¿Usted cree que el plan de desarrollo familiar ha sido de utilidad para mejorar su convivencia y planificación familiar?</b>  | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| <b>2 ¿Ha percibido cambios positivos en la convivencia familiar?</b>   | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| <b>3 Del 1 al 10, ¿cómo calificaría el desarrollo de las capacitaciones en la temática de Derecho de Vivir en familia o en temas relacionados a la reintegración familiar?</b> |    | <input type="checkbox"/> |    | <input type="checkbox"/> |
| <b>4 Del 1 al 10, ¿cómo calificaría el plan de desarrollo familiar recibido?</b>   |    | <input type="checkbox"/> |    | <input type="checkbox"/> |