

English Version

Section A: ALL ABOUT YOU

1. In the past 12 months, did you receive Supplemental Security Income (SSI) or Social Security Disability Insurance (SSDI) and/or Medicare or Medicaid benefits?
 - Yes
 - No

2. Have you **ever** received services from an **Employment Network** (*An Employment Network is an organization that provides employment services to Social Security beneficiaries with a disability through the Ticket to Work program*)?
 - Yes, and **I am still** receiving services from an Employment Network
 - Yes, I have used an Employment Network in the past, **but I don't anymore.**
 - No

3. If you **have stopped** receiving services from an Employment Network, why did you decide to stop receiving services from them? (*Check all that apply*)
 - Not Applicable – I am currently working with an Employment Network.
 - Not happy with my Employment Network
 - Employment Network is no longer in business
 - Unable to work – transportation issues
 - Unable to work – disability or health reasons
 - Decided not to work at this time
 - Employment Network was not able to find me a job
 - Employment Network decided not to work with me
 - Worried about losing my Medicare and/or Medicaid
 - Worried about losing my SSI and/or SSDI cash benefits
 - Not happy with the job my Employment Network found for me
 - Other (*Please specify*): _____

Instructions: For the next set of questions, think about the Employment Network you currently use. If you are no longer using one, think about the one you most recently used.

4. The name of your Employment Network is: _____ [pre-fill] _____

5. How do you **usually** communicate with this Employment Network? (*Check all that apply*)
 - Phone – I call my Employment Network

- Phone – My Employment Network calls me
- In Person
- Internet / Online – I send email messages to my Employment Network
- Internet / Online – My Employment Network sends email messages to me
- Other (*Please specify*): _____

6. How many Employment Networks did you contact **before selecting** this Employment Network?
(*Check only one answer*)

- 0 1 2 3 4 5 6 or more

7. Why did you select this Employment Network? (*Check all that apply*)

- Only choice where I live
- Closest to where I live
- Willing to address my employment needs
- Staff were nice, easy to talk to, and knowledgeable
- Recommended by a caseworker or other provider
- Recommended by a Vocational Rehabilitation Counselor
- Recommended by another person who receives disability cash benefits (SSI/SSDI) and/or Medicare/Medicaid benefits
- Recommended by another person (*Please specify who this person is to you, like a friend or nurse*): _____
- Only Employment Network that returned my call
- The Employment Network contacted me
- Staff understood how to meet my disability-related need
- Other reason (*Please specify*): _____

Section B: YOUR EMPLOYMENT NETWORK

Instructions: For numbers 8-14, check the box that represents how satisfied (pleased) you are with your Employment Network. For each statement, you will say that you are either satisfied, neither satisfied nor dissatisfied, or dissatisfied with your Employment Network.

8. I am _____ with how my Employment Network **supported me**.

- Satisfied Neither Satisfied nor Dissatisfied Dissatisfied

9. I am _____ with how my Employment Network **respected me**.

- Satisfied Neither Satisfied nor Dissatisfied Dissatisfied

10. I am _____ with the **information** that my Employment Network gave me **about available jobs in my community**.

- Satisfied Neither Satisfied nor Dissatisfied Dissatisfied

11. I am _____ with the **information** that my Employment Network gave me **about other**

resources or organizations to help me reach my employment goals.

Satisfied Neither Satisfied nor Dissatisfied Dissatisfied

12. I am _____ with my Employment Network’s ability to help me reach my employment goals.

Satisfied Neither Satisfied nor Dissatisfied Dissatisfied

13. I am _____ with my Employment Network’s ability to help me reach my financial goals.

Satisfied Neither Satisfied nor Dissatisfied Dissatisfied

14. I am _____ with my Employment Network’s understanding about the types of jobs I want.

Satisfied Neither Satisfied nor Dissatisfied Dissatisfied

15. Overall, I am _____ with my Employment Network.

Satisfied Neither Satisfied nor Dissatisfied Dissatisfied

Instructions: For numbers 16 & 17, check the box that represents how much you agree with each statement.

16. My goal is to use the money I earn from working to replace some of the money I receive from Social Security.

Agree Neither Agree nor Disagree Disagree

17. My goal is to use the money I earn from working to replace all of my Social Security cash benefits.

Agree Neither Agree nor Disagree Disagree

18. Instructions: In the table below, please tell us what is good, fair, or bad about your Employment Network. If you have not had experience with a particular characteristic, check Not Applicable.

Employment Network Characteristics	Good	Fair	Bad	Not Applicable
a. Location	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Staff Knowledge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Physical accessibility, such as wheelchair ramps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Staff support	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Job search help	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Local job information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. How quickly staff returned phone calls/e-mails	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Time waiting for follow-up services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Information provided in accessible formats (for example, Braille, online, print, another language)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Business hours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

k. Other (Please specify): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

19. Instructions: In the table below, there is a list of services (a – j) that could help you meet your job goals. Please **check all that apply** in Columns 1, 2, and 3. ***It is okay to check boxes in each column, or not check any boxes.***

- Column 1 asks what services you **wanted to get** from your Employment Network.
- Column 2 asks what services you **actually got** from your Employment Network.
- Column 3 asks what services you **hope to get** from your Employment Network in the future.

	1 Services you wanted to get	2 Services you actually got	3 Services you hope to get in the future
a. Job planning (for example, identifying career interests, work experiences, and job skills)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Help building my resume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Help learning a skill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Help finding a job	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Coaching on how to perform job duties with my specific disability/disabilities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Help getting services from other organizations (for example, a college/university, vocational training, counseling, mentor support)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Help understanding how having a job could affect my Social Security and/or Medicare/Medicaid benefits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Help getting accommodations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Job interview preparation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Other(Please specify): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. If you are currently working, did your Employment Network provide services that helped you **get** your current job?

- Yes
- No
- Not Applicable – I am not currently working

21. If you are currently working, does your Employment Network provide services that help you **keep** your current job?

- Yes
- No

Not Applicable – I am not currently working

Section C: YOUR WORK

22. Since starting with your Employment Network, have you regularly worked at least 30 hours a week?

- Yes, for less than 3 months
- Yes, for 3 - 6 months
- Yes, for 7 - 9 months
- Yes, for 10 - 11 months
- Yes, for 1-2 years
- Yes, for more than 2 years

No – I **have not** worked at least 30 hours a week since I started with my Employment Network

23. When did you begin working at your current job?

- Less than 3 months ago
- 3 - 6 months ago
- 7 - 9 months ago
- 10 - 11 months ago
- 1-2 years ago
- More than 2 years ago

Not Applicable – I am not currently working

24. At your current job, how many hours per week do you usually work?

_____ hours per week

Not Applicable – I am not currently working

25. At your current job, how much do you get paid per hour?

_____ dollars per hour (*for example, \$7.25*)

Not Applicable – I am not currently working

Instructions: Questions 26 – 28 are only for people who work less than 30 hours a week. If you work at least 30 hours a week, please skip to Section D on the next page

26. Why are you working less than 30 hours per week? (*Check all that apply*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Only work that is available | <input type="checkbox"/> Terminated or laid off from previous job |
| <input type="checkbox"/> Health or disability reasons | <input type="checkbox"/> Only work I could find |
| <input type="checkbox"/> Physical accessibility reason | <input type="checkbox"/> Afraid of losing SSI and/or SSDI benefits |
| <input type="checkbox"/> Problems with a supervisor or coworker | <input type="checkbox"/> Afraid of losing Medicare and/or Medicaid benefits |
| <input type="checkbox"/> Lack of reliable transportation | <input type="checkbox"/> Other (<i>Please specify</i>): _____ |
| <input type="checkbox"/> I want to see if I can work, so I am | _____ |

30. Before filling out this survey, did you know what an Employment Network was?

- Yes
 No

31. Before filling out this survey, did you know what the Ticket to Work program was?

- Yes
 No

Spanish Version

Sección A: TODO SOBRE USTED

1. En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) o beneficios de *Medicare* o *Medicaid*?

- Sí
 No

2. ¿Alguna vez ha recibido servicios de una Red de Empleo (Una Red de Empleo es una organización que proporciona servicios de empleo a los beneficiarios del Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) a través del programa Boleto Para Trabajar)?

- Sí, y todavía estoy recibiendo servicios de una Red de Empleo
 Sí, he utilizado una Red de Empleo en el pasado, pero ya no la uso.
 No

3. Si usted **ha dejado** de recibir servicios de una Red de Empleo, ¿por qué decidió dejar de recibir servicios de ellos? (Marque todas las que correspondan)

- No aplicable: Actualmente estoy trabajando con una Red de Empleo
 No estoy satisfecho con mi Red de Empleo
 Mi Red de Empleo ya no funciona o no existe
 Incapaz de trabajar - problemas de transporte
 Incapaz de trabajar - discapacidad o razones de salud
 Decidió no trabajar en este momento
 La Red de Empleo no podía encontrarme un trabajo
 La Red de Empleo decidió no trabajar conmigo
 Preocupado de perder mis beneficios de Medicaid o Medicare
 Preocupado de perder mi beneficios en efectivo de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, siglas en Inglés) y / o de mi Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, siglas en Inglés)
 No estoy satisfecho con el trabajo que la Red de Empleo me encontró. Otro (Por favor especifique):

Thank you for participating in our survey!

4. Instrucciones: Para la siguiente serie de preguntas, piense en la Red de Empleo que utiliza actualmente. Si ya no está usando una, piense en las que ha utilizado más recientemente.

El nombre de su Red de Empleo es: _____ [“prellenado”]

5. ¿Cómo se comunica **por lo general** con esta Red de Empleo? (*Marque todo lo que corresponda*)

- Teléfono - Yo llamo a mi Red de Empleo
- Teléfono - Mi Red de Empleo me llama
- En persona
- Internet / en Línea (*Online*) - Puedo enviar mensajes de correo electrónico a mi Red de Empleo
- Internet / en Línea (*Online*) - Mi Red de Empleo me envía mensajes de correo electrónico
- Otros (*Por favor especifique*):

6. ¿Cuántas Redes de Empleo contactó antes de seleccionar esta Red de Empleo? (*Marque solo una respuesta*)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o más

7. ¿Por qué seleccionó esta Red de Empleo? (*Marque todas las que correspondan*)

- Única opción donde yo vivo
- Más cercana al lugar donde yo vivo
- Dispuestos a atender mis necesidades de empleo
- Personal era agradable, fácil para comunicarme, y con conocimiento
- Recomendado por un trabajador social u otro proveedor
- Recomendado por un consejero de rehabilitación vocacional
- Recomendado por otra persona que recibe los beneficios en efectivo por incapacidad (SSI/SSDI) y/o beneficios de *Medicare/Medicaid*
- Recomendado por otra persona (por favor, especifique quién es la persona; por ejemplo, un amigo o una enfermera): _____
- Sólo esta Red de Empleo devolvió mi llamada
- La Red del Empleo se puso en contacto conmigo
- El personal entendió cómo resolver mis necesidades relacionadas con la incapacidad
- Otros (*Por favor especifique*): _____

Sección B: SU RED DE EMPLEO

Instrucciones: Para los números 8-14, marque la casilla que represente qué tan satisfecho (complacido) está con su Red de Empleo. Para cada declaración, usted dirá que está satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho o insatisfecho con su Red de Empleo.

8. Estoy _____ con la forma cómo mi Red de Empleo **me apoyó**.

Satisfecho Ni satisfecho, Ni Insatisfecho Insatisfecho

9. Estoy _____ con la forma cómo mi Red de Empleo **me respetó**.

Satisfecho Ni satisfecho, Ni Insatisfecho Insatisfecho

10. Estoy _____ con la **información** que mi Red de Empleo me dio **sobre empleos disponibles en mi comunidad**.

Satisfecho Ni satisfecho, Ni Insatisfecho Insatisfecho

11. Estoy _____ con la **información** que mi Red de Empleo me dio **acerca de otros recursos u organizaciones para ayudarme a alcanzar mis metas de empleo**.

Satisfecho Ni satisfecho, Ni Insatisfecho Insatisfecho

12. Estoy _____ con la **capacidad de mi Red de Empleo para ayudarme a alcanzar mis metas laborales**.

Satisfecho Ni satisfecho, Ni Insatisfecho Insatisfecho

13. Estoy _____ con la **capacidad de mi Red de Empleo para ayudarme a alcanzar mis metas financieras**.

Satisfecho Ni satisfecho, Ni Insatisfecho Insatisfecho

14. Estoy _____ con el **entendimiento de mi Red de Empleo sobre los tipos de empleos que quiero/deseo**.

Satisfecho Ni satisfecho, Ni Insatisfecho Insatisfecho

15. Estoy _____ con mi Red de Empleo en general.

Satisfecho Ni satisfecho, Ni Insatisfecho Insatisfecho

Instrucciones: Para los números 16 y 17, marque la casilla que representa cuánto está de acuerdo con cada declaración.

16. Mi meta es utilizar el dinero que gano trabajando para reemplazar **parte** del dinero que recibo del Seguro Social.

De acuerdo No estoy de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

17. Mi meta es utilizar el dinero que gano trabajando para reemplazar **todos** los beneficios en efectivo que recibo del Seguro Social.

De acuerdo No estoy de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

18. Instrucciones: En la tabla de abajo, por favor, díganos qué es bueno, regular o malo sobre su Red de Empleo. Si no ha tenido la experiencia con una característica particular, marque “No Aplicable”.

Características de la Red de Empleo	Buena	Regular	Mala	No Aplicable
a. Ubicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Conocimiento del personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Accesibilidad física, tales como rampas para sillas de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Apoyo del personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ayuda de búsqueda de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Información de trabajo local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. La rapidez en cómo el personal devolvió llamadas de teléfono/ <i>e-mails</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tiempo de espera para servicios de seguimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. La información proporcionada en formatos accesibles (por ejemplo, Braille, en línea, impresos, otro idioma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Horario de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Otro (<i>Por favor especifique</i>): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Instrucciones: En la tabla de abajo, hay una lista de servicios (a - j) que pueden ayudarle a alcanzar sus metas laborales. **Marque todas las que correspondan** en las columnas **1, 2 y 3**. **Es aceptable marcar las casillas en cada columna, o no marcar ninguna casilla.**

- La columna 1 pregunta qué servicios **quería obtener** a través de su Red de Empleo.
- La columna 2 pregunta qué servicios **finalmente obtuvo** de su Red de Empleo.
- La columna 3 pregunta qué servicios **espera obtener** de su Red de Empleo en el futuro.

	1 Servicios que quería obtener	2 Servicios que finalmente obtuvo	3 Servicios que espera obtener en el futuro
a. Planificación de trabajo (por ejemplo, identificando intereses profesionales, experiencias laboral y calificaciones profesionales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ayuda para elaborar mi currículum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ayuda para aprender una habilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ayuda para encontrar un trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Entrenamiento en cómo realizar tareas de trabajo con mi incapacidad/incapacidades específica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ayuda para obtener servicios de otras organizaciones (por ejemplo, un colegio/universidad, capacitación vocacional, consejería, apoyo del mentor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ayuda para entender cómo tener un trabajo podría afectar mi Seguro Social y/o beneficios de Medicare/Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ayuda para conseguir alojamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Preparación de entrevista de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Otro (<i>Por favor especifique</i>): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Si usted está trabajando actualmente, ¿su Red de Empleo le proporcionó servicios que le ayudaron a **conseguir** su trabajo actual?

- Sí
- No
- No Aplicable – No estoy trabajando actualmente

21. Si usted está trabajando actualmente, ¿su Red de Empleo le proporcionó servicios que le ayudaron a **mantener** su trabajo actual?

- Sí
 No

No A

Sección C: SU ESTADO DE TRABAJO

22. Desde que comenzó con su Red de Empleo, ¿ha trabajado con regularidad por lo menos 30 horas por semana?

- Sí, por menos de 3 meses
 Sí, por 3-6 meses
 Sí, por 7-9 meses
 Sí, por 10-11 meses
 Sí, por 1-2 años
 Sí, hace más de 2 años

No, **no he** trabajado por lo menos 30 horas a la semana desde que empecé con mi Red de Empleo

23. ¿Cuándo comenzó a trabajar en su empleo actual?

- Menos de 3 meses
 3-6 meses
 7-9 meses
 10-11 meses
 1-2 años
 Hace más de 2 años
 No Aplicable – No estoy trabajando actualmente

24. En su trabajo actual, ¿cuántas horas por semana normalmente trabaja?

_____ horas por semana

No Aplicable – No estoy trabajando actualmente

25. En su trabajo actual, ¿cuánto le pagan por hora?

_____ dólares por hora (por ejemplo, \$7.25)

No Aplicable – No estoy trabajando actualmente

Instrucciones: Las preguntas 26 – 28 son sólo para las personas que trabajan menos de 30 horas a la semana. Si usted trabaja por lo menos 30 horas a la semana, por favor siga a la Sección D en la página siguiente

26. ¿Por qué está trabajando menos de 30 horas por semana? (*Marque todo lo que corresponda*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Único trabajo que está disponible | <input type="checkbox"/> Despedido o suspendido del trabajo anterior |
| <input type="checkbox"/> Motivos de salud o incapacidad | <input type="checkbox"/> Único trabajo que he podido encontrar |
| <input type="checkbox"/> Motivo de accesibilidad física | <input type="checkbox"/> Miedo de perder los beneficios de SSI o SSDI |
| <input type="checkbox"/> Problemas con un supervisor o compañero de trabajo | <input type="checkbox"/> Miedo de perder los beneficios de <i>Medicare</i> y/o <i>Medicaid</i> |
| <input type="checkbox"/> La falta de transporte confiable | <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Quiero ver si puedo trabajar, así que estoy empezando con sólo unas cuantas horas | _____ |

27. ¿Alguna vez ha trabajado 30 horas o más a la semana?

- Sí
 No

28. ¿Está usted interesado en trabajar 30 horas o más a la semana?

- Sí
 No

No

**¡Gracias por participar en
nuestra encuesta!**