Encuesta de Servicios de Apoyo Entre Iguales: **Proveedor del Programa o Administrador del Programa**

**Introducción**:

La Administración para Niños y Familias (ACF) es una agencia federal que se enfoca en el bienestar económico y social de los niños y las familias. ACF financia programas de servicios sociales para jóvenes y adultos. Estamos realizando una encuesta para recopilar información valiosa sobre los servicios de apoyo entre iguales que se ofrecen dentro de los servicios sociales, para ayudar a ACF a mejorar las capacitaciones, la información y los recursos futuros. **Esta encuesta está dirigida a proveedores de servicios de apoyo entre iguales y a aquellos que están sirviendo, o han servido anteriormente, en roles de trabajadores de apoyo entre iguales.** Su participación es crucial para ayudarnos a aprender de sus experiencias en la creación y prestación de servicios de apoyo entre iguales dentro de sus programas. La información que proporcione será fundamental para ayudar a ACF a comprender cómo apoyar y fomentar mejor el crecimiento entre los servicios de iguales orientados a apoyar a los jóvenes, los padres y los cuidadores.

A los efectos de esta encuesta, definimos los **Servicios de Apoyo entre iguales** como: situaciones en las que las personas reciben y dan aliento a otras personas que han pasado por experiencias vividas o sistemas de navegación similares. Los ejemplos de servicios de apoyo entre iguales pueden incluir programas de tutoría, navegación o entrenamiento entre iguales, grupos de apoyo entre iguales y otros modelos de participación entre iguales.

* **Tu voz importa**: tus comentarios influirán directamente en nuestras estrategias e iniciativas para apoyar mejor los servicios de apoyo entre iguales.
* **Privacidad**: Todas las respuestas se mantendrán confidenciales y se utilizarán únicamente para los fines de esta encuesta. Las organizaciones o personas que respondan a esta encuesta no serán identificadas en ningún recurso desarrollado.
* **Compromiso de tiempo:** La encuesta tardará aproximadamente 15-20 minutos en completarse.

Si tiene alguna dificultad para completar la encuesta, póngase en contacto con Mariana Chahrouri en mailto:mchahrouri@deloitte.compara obtener ayuda. Si tiene preguntas sobre la información de la encuesta, póngase en contacto con Nicole Dobbins en mailto:nicole.dobbins@acf.hhs.gov.

**Pregunta 1:** Enumere el nombre de su programa, organización y estado(s), tribu(s) o territorio(s) en los que opera el programa:

Se proporcionará espacio para una respuesta corta.

**Pregunta 2:** ¿Se identifica como:

1. Un administrador, director o CEO del programa
2. Un trabajador de apoyo entre iguales/alguien que actualmente o anteriormente se desempeña en un rol de apoyo entre iguales
3. Ambos A y B

**Pregunta 3:** ¿Qué servicios de apoyo entre iguales ofrece su programa? (*Seleccione todas las que correspondan*)

1. Apoyo emocional y moral
2. Programas de tutoría
3. Navegación de beneficios de servicios humanos
4. Entrenadores de recuperación
5. Especialistas en Salud Mental
6. Grupos de Apoyo
7. Otras informaciones (sírvase especificar)

**Pregunta 4:** Proporcione una descripción de su programa de apoyo entre iguales y la población objetivo para aquellos que reciben servicios de apoyo entre iguales. (por ejemplo, jóvenes sin hogar, padres que navegan por el bienestar infantil).

Se proporcionará espacio para una respuesta corta.

**Pregunta 5.** ¿Qué recursos, si los hay, han sido útiles al desarrollar, implementar y/o mantener servicios de apoyo entre iguales?

Se proporcionará espacio para una respuesta corta.

**Pregunta 6:** ¿Cómo determina la elegibilidad para los servicios de apoyo entre iguales?

Se proporcionará espacio para una respuesta corta.

**Pregunta 7:** ¿Cómo se informa a los participantes potenciales sobre los servicios de apoyo entre iguales en su programa? (*Seleccione todas las que correspondan*)

1. Trabajador social
2. Un amigo o familiar
3. En línea/motor de búsqueda/redes sociales
4. Folleto/volante en papel sobre el programa
5. No sabe/no recopila esta información
6. Otro (por favor, especifique)

**Pregunta 8.**  ¿Qué tipos de fondos utiliza su programa para los servicios de apoyo entre iguales? (*Seleccione todas las que correspondan*)

1. Financiación del gobierno federal
2. Fondos del estado
3. Financiación filantrópica
4. Reembolso de Medicaid/seguro
5. Donación comunitaria
6. Donaciones corporativas
7. No sé
8. Otro (por favor, especifique)

**Pregunta 9.** Describa cualquier desafío que haya enfrentado para acceder a fuentes de financiamiento específicas para servicios de apoyo entre iguales.

Se proporcionará espacio para una respuesta corta.

**Pregunta 10.**  ¿Qué certificaciones, si las hay, se ofrecen o requieren para quienes desempeñan funciones de apoyo entre iguales?

Se proporcionará espacio para una respuesta corta.

**Pregunta 11.** ¿Qué capacitaciones requiere para aquellos que desempeñan funciones de apoyo entre iguales? Por favor, describa las áreas de contenido básico.

Se proporcionará espacio para una respuesta corta.

**Pregunta 12.** ¿Qué datos o métricas utiliza su programa para medir el éxito de su (s) programa(s) de servicio de apoyo entre iguales?

Se proporcionará espacio para una respuesta corta.

**Pregunta 13**. Cuéntenos sobre su fuerza laboral de apoyo de pares, incluidos cuántos roles de apoyo de iguales hay en su programa y el porcentaje de estos roles que se pagan frente a los no pagados.

Se proporcionará espacio para una respuesta corta.

**Pregunta 14.** ¿Qué ideas tiene sobre cómo el gobierno federal puede apoyar los programas de servicios de apoyo entre iguales? Proporcione dos o tres ideas.

Se proporcionará espacio para una respuesta corta.

**Pregunta 15.** Por favor, comparta cualquier cosa adicional que desee que sepamos sobre su programa o las necesidades de servicio de apoyo de sus compañeros en su comunidad.

Se proporcionará espacio para una respuesta corta.

¡Gracias por su tiempo e información!