

# 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.

Ley de simplificación de trámites administrativos de 1995 (Pub. L. 104-13) DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA: A través de esta recopilación de información, ACF está recopilando información para informar la planificación y el desarrollo de nuevos recursos y programación, mejorando la programación existente y explorando áreas emergentes. Se calcula que la carga de información pública para esta recopilación de información es de una media de 15-20 minutos por participante, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, recopilar y mantener los datos necesarios y revisar la recopilación de información. Esta es una recopilación voluntaria de información. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información sujeta a los requisitos de la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. El número OMB es 0970-0630 y la fecha de expiración es 31/3/2027. Si tiene algún comentario sobre esta recopilación de información, comuníquese con Nicole Dobbins ([nicole.dobbins@acf.hhs.gov](mailto:nicole.dobbins@acf.hhs.gov)).

Si tiene alguna dificultad para completar la encuesta, póngase en contacto con Mariana Chahrouri en <mailto:mchahrouri@deloitte.com> para 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:

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

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

- A. Apoyo emocional y moral
- B. Programas de tutoría
- C. Navegación de beneficios de servicios humanos
- D. Entrenadores de recuperación
- E. Especialistas en Salud Mental
- F. Grupos de Apoyo
- G. 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*)

- A. Trabajador social
- B. Un amigo o familiar
- C. En línea/motor de búsqueda/redes sociales
- D. Folleto/volante en papel sobre el programa
- E. No sabe/no recopila esta información
- F. 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*)

- A. Financiación del gobierno federal
- B. Fondos del estado
- C. Financiación filantrópica
- D. Reembolso de Medicaid/seguro
- E. Donación comunitaria
- F. Donaciones corporativas
- G. No sé
- H. 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!