

Cuestionario para el análisis del mercado

El presente cuestionario fue realizado por estudiantes de la Especialización en Evaluación Socioeconómica de Proyectos de la Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia, Sede Amalfi, el cual se llevó a cabo como parte del proyecto de investigación “Estudio de factibilidad para la adecuación de un centro de servicios para la promoción de la participación e inclusión de la población con discapacidad del municipio de Amalfi”. El objetivo consistió en conocer y describir la percepción de las personas con discapacidad y/o la de sus cuidadores, frente a la necesidad de contar o no con este centro en el municipio; información que fue de utilidad para evaluar la viabilidad de la creación de este centro, que busca mejorar las condiciones de vida de esta población.

La información recolectada se manejará de manera confidencial, garantizando la protección de los datos proporcionados por los encuestados. La participación en esta encuesta es de carácter voluntario, su opinión es muy importante para esta investigación, si está de acuerdo en participar marque con una **X** en la opción que corresponda.

Sí ____

No ____

Consentimiento informado. ¿Autoriza usted el tratamiento de los datos proporcionados en la siguiente encuesta?

Sí ____

No ____

A continuación, se presenta la encuesta, por favor lea atentamente cada una de las preguntas y responda con una **X** en las opciones dadas. Si es el cuidador quien responde, los datos deberán ser de la persona con discapacidad.

1. La encuesta es respondida por

Persona con discapacidad ____

Cuidador ____

2. Género de la persona con discapacidad

Hombre ____

Mujer ____

Otro ____

3. Edad de la persona con discapacidad

De 0 a 5 años ____

Entre los 6 y los 11 años ____

Entre los 12 y los 17 años ____

Entre los 18 y los 28 años ____

Entre los 29 y los 49 años ____

50 o más años ____

4. Tipo de discapacidad

Tipo de discapacidad	¿Cuál?	Causa u origen	Tiempo que lleva con la discapacidad
Física o motora			
Sensorial			
Auditiva			
Visual			
Intelectual			
Psíquica			

5. ¿Tipo de acompañamiento que requiere?

Terapia física ____

Terapia psicológica ____

Terapia psiquiátrica ____

6. ¿Ha tenido algún tipo de rehabilitación?

Sí ____

No ____

7. ¿Qué tipo de rehabilitación?

8. ¿Dónde?

9. ¿Cuándo?

10. ¿Tuvo alguna mejoría?

Sí ____

No ____

11. Lugar de residencia y dirección

Área urbana ____

Área rural ____

12. Estrato socioeconómico

1 ____

2 ____

3 ____

4 ____

13. Nivel educativo

Ninguno ____ Básica primaria ____ grado ____

Básica secundaria ____ grado ____ Técnica ____

Tecnológico ____ Profesional ____

14. ¿Con quién(es) vive la persona con discapacidad?

15. Ocupación

Ninguna ___ Oficios domésticos ___ Estudiante ___

Empleado ___ Independiente ___

¿A qué se dedica? _____

16. ¿De dónde provienen sus ingresos?

Salario ___ Honorarios ___ Servicios ___ Donaciones ___

Subsidios ___ Ayudas aportadas por la familia u otros ___

17. Ingresos económicos mensuales del hogar

Entre 0 y \$ 200.000 ___ Entre \$ 200.001 y \$ 500.000 ___

Entre \$ 500.001 y \$ 700.000 ___ Entre \$ 700.001 y \$ 1'000.000 ___

\$ 1'000.001 o más ___

18. ¿Conoce la política pública de discapacidad y/o el programa de Discapacidad e Inclusión social del municipio?

Sí ___

No ___

19. ¿Cómo conoció el programa de discapacidad?

Radio ___ Televisión ___ Redes sociales ___ Funcionario
de la Alcaldía ___ Otro ___

20. ¿Actualmente hace parte del programa de discapacidad?

Sí ___

No ___

Alguna vez ___

21. ¿Qué tipo de acompañamiento tuvo o ha tenido?

22. ¿Conoce las actividades que ofrece el Programa Municipal de Discapacidad?

Sí ___

No ___

23. ¿Cuál o cuáles?

Danza ____ Música ____ Teatro ____
Recreación equina ____ Recreación acuática ____
Jornadas de Bienestar social ____ Acompañamiento Psicosocial ____

24. ¿Con qué frecuencia asiste a las diferentes actividades ofertadas por el Programa Municipal de discapacidad?

Siempre ____ Casi siempre ____ Algunas veces ____ Nunca ____

25. Marque con una X el o los motivos por los cuales no asiste a las actividades ofertadas por el programa de discapacidad

Desinterés ____
Distancia ____
Falta de recursos económicos para el desplazamiento ____
Dificultades de movilidad ____
Desconocimiento de la oferta y/o la programación de las actividades ____
Cambios en los lugares donde se realizan las actividades (actividades realizadas en diferentes lugares) ____
No cuenta con acompañamiento para la asistencia a las actividades ____
Insatisfacción con los servicios recibidos ____
No cumple con las necesidades de la persona con discapacidad ____
Otras ocupaciones ____

26. ¿Cree usted que los lugares, horarios, equipos e instrumentos con los que se llevan a cabo las actividades ofertadas por el programa son adecuados?

Totalmente de acuerdo ____ De acuerdo ____ Indeciso ____
En desacuerdo ____ Totalmente en desacuerdo ____

27. ¿Cree usted que el personal que está a cargo de la realización de las actividades es idóneo?

Totalmente de acuerdo ____ De acuerdo ____ Indeciso ____

En desacuerdo ____ Totalmente en desacuerdo ____

28. ¿Cree usted que en el municipio es necesario contar con un centro para la atención y prestación de servicios dirigidos a la población con discapacidad?

Sí ____

No ____

29. Si se contara con un centro para la atención de la población con discapacidad, ¿usted haría uso de los servicios ofertados allí?

Sí ____

No ____

Tal vez ____

30. Datos de la persona con discapacidad:

Nombre _____

Teléfono _____

Celular _____

Correo electrónico _____

31. Datos del cuidador en caso de que la persona con discapacidad dependa de él:

Nombre _____

Teléfono _____

Celular _____

Correo electrónico _____