**Preocuparse por los Demás**

**Si usted cuida de un miembro de su familia, de su pareja o amigo quien necesita asistencia sanitaria o apoyo debido a su condición de fragilidad, minusvalía física o trastorno del aprendizaje o enfermedad, entre las cuales los trastornos psíquicos, le rogamos que rellene este cuestionario. No tiene que responder a todas las preguntas; si no quiere responder a una pregunta, o si no sabe la respuesta, vaya a la siguiente pregunta.**

|  |
| --- |
| **Sección 1:** **Sobre la persona de quien cuida**  Las preguntas de esta sección tratan de la persona de quien cuida, es decir, la persona a quien proporciona asistencia o ayuda, y de la experiencia de usted acerca del apoyo y servicios que recibió. |

|  |
| --- |
| Si usted cuida de más de una persona, le rogamos contestar **solo** sobre la persona de quien cuida por más tiempo. Si cuida de dos o más personas con la misma frecuencia, conteste sobre la persona quien vive con usted. Si vive con dos o más personas y cuida de ellos con la misma frecuencia, elija **una** de estas personas. |

**1. ¿Cuántos años tiene la persona de quien cuida?** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_años**

(si desconoce su edad exacta, escriba una edad aproximada, teniendo en cuenta que la persona a quien se cuida debe tener 18 años o más)

**2.**  **¿La persona de quien cuida tiene....?**

***Marque [✓] todas las casillas correspondientes***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Demencia senil | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Una minusvalía física | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Pérdida visual o auditiva | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Un trastorno psíquico | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Problemas asociados a la vejez | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Una minusvalía o dificultad asociada al aprendizaje | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Una enfermedad duradera | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Una enfermedad terminal | h (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Dependencia de alcohol o drogas | i (1) |

**3. ¿Adónde vive normalmente la persona de quien cuida?**

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Conmigo | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | En otro lugar | 2 |

**4. ¿En general, cuál ha sido su nivel de satisfacción o insatisfacción por la asistencia o los servicios ofrecidos a usted o a la persona de quien cuida por parte de los Servicios Sociales en los últimos 12 meses?**

***Por favor marque (✓) una casilla***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | No recibimos asistencia ni servicios por parte de los Servicios Sociales en los últimos 12 meses | 1 |
|  |
|  | | | |
|  |  | Estoy extremadamente satisfecho | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Estoy muy satisfecho | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Estoy bastante satisfecho | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | No estoy ni satisfecho ni insatisfecho | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Estoy bastante insatisfecho | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Estoy muy insatisfecho | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Estoy extremadamente insatisfecho | 8 |

**5. ¿La persona de quien cuida ha utilizado la asistencia o algunos de los servicios a continuación en los últimos 12 meses?**

**Es posible que los ofrezcan distintas organizaciones, por ejemplo una organización voluntaria, una agencia particular o los Servicios Sociales.**

***Marque (✓) una casilla por línea***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** |  | **No** | **No sé** | | |
| a. Asistencia o servicios que le permiten descansar del cuidado que ofrece con poca antelación o en caso de emergencia |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| b. Asistencia o servicios que le permiten descansar del cuidado que ofrece por más de 24 horas |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| c. Asistencia o servicios que le permiten descansar del cuidado que ofrece por un tiempo entre 1 y 24 horas (ej. un servicio de guardería) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| d. Asistente personal |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| e. Asistencia a domicilio/ayuda a domicilio |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| f. Centro de día o actividades durante el día |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| g. Club de la comida |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| h. Servicio Comidas |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| i. Equipamiento o adaptación a su domicilio (por ejemplo silla de ruedas o pasamanos) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| j. Alarma Salvavidas |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| k. Residen en un centro asistencial de manera permanente |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 5 above for local use such as supported employment or special college. Additional answer options for question 6 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Sección 2:** **Acerca de sus necesidades y experiencias de asistencia**  Las preguntas de esta sección tratan de la asistencia y de los servicios que **usted** utiliza en calidad de cuidador. Estos servicios los puede organizar usted o los Servicios Sociales. Es posible que los proporcione una organización voluntaria, una agencia particular o los Servicios Sociales. |

**6. ¿Usted ha utilizado la asistencia o algunos de los servicios que se encuentran a continuación, para respaldar su actividad de cuidador en los últimos 12 meses?**

**Es posible que los ofrezcan distintas organizaciones, por ejemplo una organización voluntaria, una agencia particular o los Servicios Sociales.**  **No incluya las ayudas sin compensación que recibió de familia o amigos.**

***Marque (✓) una casilla por línea***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** |  | **No** | **No sé** | | |
| a. Información y consejos |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| b. Apoyo de los grupos de cuidadores o de las personas con quienes habla en confianza |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| c. Formación para cuidadores |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| d. Apoyo para mantener un empleo |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 6 above for local use such as advocacy for carers, help with household tasks and gardening and practical help to complete forms. Additional responses for question 6 should be sent to NHS England for their information using the additional question form. Responses to any additional options should not be returned to NHS England.

|  |
| --- |
| **Sección 3:** **El impacto que conlleva la tarea del cuidador y su calidad de vida**  Algunas preguntas de esta sección tratan del impacto que conlleva la tarea del cuidador en algunos aspectos específicos de su vida, y otras tratan de la calidad de distintos aspectos de su vida en general. |

**7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor lo que hace en su tiempo libre?**

**Cuando piensa en cómo gasta su tiempo libre, incluya todo lo que le gusta y disfruta, por ejemplo el empleo formal, el trabajo voluntario o sin compensación, el cuidado de los demás y las actividades de ocio.**

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Puedo utilizar el tiempo libre como quiero, hacer lo que me gusta o disfruto | 1 |
|  |  |  |
|  | Hago algunas cosas que me gustan o que disfruto en el tiempo libre pero  no es suficiente | 2 |
|  |  |  |
|  | No hago nada que me gusta o que disfruto en mi tiempo libre | 3 |

**8. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones describen mejor el nivel de control que tiene sobre su vida cotidiana?**

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Controlo muy bien mi vida cotidiana | 1 |
|  |  |  |
|  | Controlo bastante mi vida cotidiana pero no lo suficiente | 2 |
|  |  |  |
|  | No controlo mi vida cotidiana | 3 |

**9. Si piensa en cuánto tiempo tiene para cuidar de sí mismo (por ejemplo horas de sueño o comer sano) ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación?**

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cuido de mí mismo | 1 |
|  |  |  |
|  | A veces no soy capaz de cuidar lo suficiente de mí mismo | 2 |
|  |  |  |
|  | Siento que estoy descuidando de mí mismo | 3 |

**10. Si piensa en su seguridad personal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación?**

Con el término «seguridad personal», queremos decir no padecer de abusos, ataques y otros daños físicos.

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No tengo problemas con mi seguridad personal. | 1 |
|  |  |  |
|  | Estoy un poco preocupado por mi seguridad personal. | 2 |
|  |  |  |
|  | Estoy muy preocupado por mi seguridad personal. | 3 |

**10b. Si ha dicho que está extremadamente preocupado/a por su seguridad personal, ¿puede decirnos usted por qué?**

Responses to this question should not be submitted in the survey data return.

**11. Si piensa en la cantidad de contacto social que ha tenido con las personas que le gustan, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación?**

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tengo el contacto social que quiero con las personas que me gustan | 1 |
|  |  |  |
|  | Tengo algo de contacto social, pero no es suficiente | 2 |
|  |  |  |
|  | Tengo poco contacto social con las personas y me siento socialmente aislado | 3 |

**12. Si piensa en cuánto la han estimulado y apoyado para que desempeñase el papel de cuidador, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación?**

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Creo que recibo estímulo y apoyo | 1 |
|  |  |  |
|  | Creo que recibo algo de estímulo y apoyo pero no es suficiente | 2 |
|  |  |  |
|  | No creo que reciba estímulo y apoyo | 3 |

**13. Si piensa en las demás personas de las cuales tiene responsabilidades de cuidado, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación?** **No incluya a la persona de quien cuida con más frecuencia.**

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No tengo que cuidar de nadie más | 1 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Siempre tengo tiempo suficiente para cuidar de ellas | 2 |
|  |  |  |
|  | A veces tengo el tiempo suficiente para cuidar de ellas | 3 |
|  |  |  |
|  | Nunca tengo tiempo suficiente para cuidar de ellas. | 4 |

**14. El los últimos 12 meses, ¿su salud ha sido perjudicada por su papel de cuidador de las maneras siguientes?**

***Marque [✓] todas las casillas correspondientes***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Estoy cansado | a (1) |
|  |  |  |
|  | Estoy deprimido | b (1) |
|  |  |  |
|  | Pérdida de apetito | c (1) |
|  |  |  |
|  | No duermo bien | d (1) |
|  |  |  |
|  | Sensación general de estrés | e (1) |
|  |  |  |
|  | Esfuerzo físico (ej. en la espalda) | f (1) |
|  |  |  |
|  | Estoy enfadado / irritable | g (1) |
|  |  |  |
|  | Tuve que ir al médico | h (1) |
|  |  |  |
|  | Afectó mis condiciones de salud | I (1) |
|  |  |  |
|  | Empeoró un trastorno existente | j (1) |
|  |  |  |
|  | Otros | k (1) |
|  |  |  |
|  | No, nada de eso | l (1) |

**15. En los últimos 12 meses, ¿las tareas de cuidado generaron dificultades económicas?**

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No, para nada | 1 |
|  |  |  |
|  | Sí, de alguna manera | 2 |
|  |  |  |
|  | Sí, mucho | 3 |

**16. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?**

***Por favor marque (********) una casilla***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frecuentemente o siempre | 1 |
|  |  |  |
|  | Algunas veces | 2 |
|  |  |  |
|  | Ocasionalmente | 3 |
|  |  |  |
|  | Casi nunca | 4 |
|  |  |  |
|  | Nunca | 5 |

|  |
| --- |
| **Sección 4:** **Calidad de la información y de los consejos**  Las siguientes preguntas tratan de su opinión sobre la calidad de información y de los consejos recibidos. |

**17. En los últimos 12 meses, ¿fue fácil o difícil encontrar información y consejos sobre la asistencia, los servicios o las ventajas recibidas?** **Incluya información y consejos procedentes de distintas fuentes, como las organizaciones de voluntariado y las agencias particulares o los Servicios Sociales.**

***Marque (✓) una casilla***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | No pedí información o consejos en los últimos 12 meses | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Muy fácil de encontrar | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Bastante fácil de encontrar | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Bastante difícil de encontrar | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Muy difícil de encontrar | 5 |

|  |
| --- |
| Si fue difícil encontrar información y consejos, díganos el motivo y cómo podemos hacer que las cosas sean más fáciles para usted |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

**18. En los últimos 12 meses, ¿fueron útiles la información y los consejos que recibió?** **Incluya información y consejos procedentes de distintas fuentes, como las organizaciones de voluntariado y las agencias particulares o los Servicios Sociales.**

***Marque (✓) una casilla***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | No recibí información o consejos en los últimos 12 meses | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Muy útiles | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Bastante útiles | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Bastante inútiles | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Completamente inútiles | 5 |

|  |
| --- |
| Si la información y los consejos que recibió fueron inútiles, díganos por qué y qué podemos hacer para hacer que le resulten más útiles |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Sección 5:** **Organización de asistencia y servicios en los últimos 12 meses**  La siguiente pregunta trata de la organización de la asistencia y de los servicios para usted y la persona de quien cuida. |

**19. En los últimos 12 meses, ¿cree que ha participado o se ha discutido con usted lo suficiente la asistencia y los servicios que se proporcionaron a la persona de quien cuida?**

***Marque (✓) una casilla***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Que yo sepa, en los últimos 12 meses no hubo ninguna discusión al respecto | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Siempre me informaban o se habló conmigo al respecto | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Normalmente me informaban o se habló conmigo al respecto | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | A veces me informaban o se habló conmigo al respecto | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Nunca me informaban o se habló conmigo al respecto | 5 |

|  |
| --- |
| **Sección 6:** **Sobre usted**  La siguiente serie de preguntas sirve para hacernos una idea mejor de los cuidadores que tomaron parte en este sondeo. |

**20. Además de su papel de cuidador, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre usted es verdadera?**

***Marque [✓] todas las casillas correspondientes***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Jubilado | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Empleado a jornada completa | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Empleado a tiempo parcial (trabajo 30 horas o menos) | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Trabajador autónomo a jornada completa | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Trabajador autónomo a tiempo parcial | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Trabajo no remunerado | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Trabajo voluntario | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Otros | h (1) |

**21. Si piensa en la combinación de su trabajo remunerado y sus responsabilidades de cuidador, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describen mejor su situación actual?**

***Marque [✓] una casilla***

**Trabajo no remunerado**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | No tengo un trabajo remunerado debido a mis responsabilidades de cuidador | 1 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | No tengo un trabajo remunerado por otras razones (ej. Jubilado) | 2 |
|  | | | | |

**Trabajo remunerado**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Tengo un trabajo remunerado y me siento apoyado por mi empleador | 3 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Tengo un trabajo remunerado pero no me siento apoyado por mi empleador | 4 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | No necesito apoyo por parte de mi empleador para combinar el trabajo y las responsabilidades de cuidador | 5 |
|  | |
|  | | | | |

**Autónomo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Soy autónomo y hay equilibrio entre mi trabajo y el cuidado que ofrezco | 6 |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Soy autónomo pero no hay equilibrio entre mi trabajo y el cuidado que ofrezco | 7 |
|  |  |  |

**22. ¿Cuánto tiempo ha estado cuidando de esta persona?**

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Menos de 6 meses | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Entre 6 meses y 1 año | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Entre 1 y 3 años | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Entre 3 y 5 años | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Entre 5 y 10 años | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Entre 10 y 15 años | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Entre 15 y 20 años | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20 años o más | 8 |

**23. ¿Cuántas horas cuida de esta persona por semana?**

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0-9 horas por semana | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 10-19 horas por semana | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20-34 horas por semana | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 35-49 horas por semana | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 50-74 horas por semana | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | 75-99 horas por semana | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | 100 o más horas por semana | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Depende – Menos de 20 horas por semana | 8 |
|  |  |  |  |
|  |  | Depende – 20 horas o más por semana | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | Otros | 10 |

|  |  |
| --- | --- |
| Si la respuesta es distinta, escríbala aquí: |  |

**24. En los últimos 12 meses, ¿Qué tipo de tareas realiza para la persona de quien cuida?**

***Marque [✓] todas las casillas correspondientes***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | ¿Cuidado personal? | a (1) |
|  |  | (Por ejemplo cambiar de ropa, duchar, lavar, afeitar, cortar las uñas, dar de comer, ir al baño) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ¿Ayuda física? | b (1) |
|  |  | (Por ejemplo ayudar a andar, subir y bajar las escaleras, ir a la cama y salir de la cama) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ¿Ayuda al recibir asistencia y beneficios? | c (1) |
|  |  | (Por ejemplo concertar citas, responder al teléfono, rellenar formularios) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ¿Ayuda con el papeleo y los asuntos económicos? | d (1) |
|  |  | (Por ejemplo escribir cartas, enviar tarjetas, rellenar formularios, pagar las facturas, realizar operaciones bancarias) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ¿Otra ayuda en concreto? | e (1) |
|  |  | (Por ejemplo hacer las comidas, hacer la compra, poner la lavadora, hacer la limpieza, jardinaje, decoración, reparaciones en casa, llevar a la persona al hospital o al médico) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ¿Hacerle compañía? | f (1) |
|  |  | (Por ejemplo ir a visitarle, sentarse con la persona, leer, charlar, jugar a las cartas o juegos de mesa) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ¿Salir con la persona? | g (1) |
|  |  | (Por ejemplo llevarla de paseo o en el coche, llevarla a visitar amigos o parientes) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ¿Darle medicamentos? | h (1) |
|  |  | (Por ejemplo asegurarse de que tome sus pastillas, hacerle inyecciones, cambiar las gasas) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ¿Echarle un vistazo para ver si está todo bien? | i (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ¿Ofrecerle apoyo emocional? | j (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ¿Otras formas de ayuda? | k (1) |

**25. ¿Usted tiene una de las siguientes condiciones?**

***Marque [✓] todas las casillas correspondientes***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Una discapacidad o minusvalía | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Pérdida visual o auditiva | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Un trastorno o enfermedad mental | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Una minusvalía o dificultad asociada al aprendizaje | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Una enfermedad de larga duración | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Otros | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Nada de eso | g (1) |

**26.** **¿De cuántos hijos de 18 años o menos tiene responsabilidad parental?**

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0 | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 1 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 2 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 4+ | 5 |

**27. ¿Alguien le ayudó a rellenar este cuestionario?**

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sí | 1 |
|  |  |  |
|  | No | 2 |

Councils may seek further information on the category of person who helped here if they wish – but these should only be categories of person (e.g. relative) and not names. Any expanded categories need to be aggregated back to just an overall ‘yes’ category before entering the results onto the data return.

**28. ¿Cuántos años tiene usted? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años**

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

**29. ¿Es hombre o mujer?**

***Marque [✓] una casilla***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Hombre | 1 |
|  |  |  |
|  | Mujer | 2 |
|  |  |  |
|  | Otro | 3 |

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

**30.** **¿A cuál de estos grupos considera que pertenece?**

***Por favor, marque solo (*🗸) *una casilla***

**Blanco**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Inglés / Galés / Escocés / Norirlandés / Británico | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Irlandés | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Gitano o nómada irlandés | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Cualquier otra etnia blanca | 4 |
|  |  |  |  |

**Mixta / múltiples grupos étnicos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Blanco y caribeño negro | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Blanco y africano negro | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Blanco y asiático | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Cualquier otra ascendencia mixta / múltiple | 8 |

**Asiático o británico asiático:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Indio | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | Pakistaní | 10 |
|  |  |  |  |
|  |  | Bangladesí | 11 |
|  |  |  |  |
|  |  | Chino | 12 |
|  |  |  |  |
|  |  | Otra ascendencia asiática | 13 |
|  |  |  |  |

*La lista continúa en la siguiente página*

**Negro / Africano / Caribeño / Británico negro**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Africano | 14 |
|  |  |  |  |
|  |  | Caribeño | 15 |
|  |  |  |  |
|  |  | Cualquier otra ascendencia Negra / Africana / Caribeña | 16 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Otro grupo étnico**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Árabe | 17 |
|  |  |  |  |
|  |  | Cualquier otra ascendencia | 18 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Prefiere no decirlo | 19 |

Councils may choose to omit the above question and supply data from their own records if they are confident of the quality and coverage of the information about the carer’s assessment of their ethnic origin in their current records. Councils including this question may break down the categories further if they wish to do so.

**Sección 7: Comentarios**

El siguiente grupo de preguntas le permite proporcionar información adicional sobre sus experiencias.

**31. Utilice el espacio que se proporciona a continuación para describir otras experiencias que nos quiere contar, o para hacer los comentarios que quiera.**

|  |
| --- |
|  |

The question above is for local use and can be omitted. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return

**32. Es posible que pidamos a algunos de ustedes que tomen parte en otros trabajos de investigación para este estudio el año siguiente o así.**

**¿Le gustaría tomar parte en otros trabajos de investigación?**

*Nótese que aunque marque «sí» no es obligatorio participar en el futuro.*

***Marque (🗸) una casilla***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sí, escribí mi nombre, dirección y número de teléfono en el espacio a continuación |  |
|  |
|  |  |  |
|  | No |  |

**Si quiere que le contactemos al respecto introduzca sus detalles de contacto a continuación:**

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Correo electrónico (opcional):

The question above is optional and can be omitted if councils have no intention of conducting any follow-up research.

Si desea acceder a una copia del informe nacional sobre esta encuesta, será publicado en otoño y estará disponible en la página web de GOV.UK.

Please ensure a paper copy version is available for carers to request. Amend the options depending on whether a local findings paper or the national report will be sent.

Podemos proporcionar una copia por correo postal o por correo electrónico (el correo electrónico es mucho más barato). ¿Cual preferiría? (Marque solo una casilla):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Email |
|  |  |
|  | Correo postal |

Si desea una copia digital de los resultados / hallazgos de la autoridad local (elimine lo que corresponda) / informe nacional, proporcione su dirección de correo electrónico en el cuadro a continuación (tenga en cuenta que será después de que se publique el informe nacional en el verano):

Correo electrónico:

Si desea que le enviemos una copia de los resultados / hallazgos de la autoridad local (elimine según corresponda) / informe nacional, proporcione su nombre y dirección en el cuadro a continuación (tenga en cuenta que esto será después de que se publique el informe nacional en el verano):

Nombre:

Dirección:

Name:

Address:

Name:

Address:

Name:

Address:

Name:

Address:

**Le agradecemos por su colaboración en rellenar este cuestionario.**

**Devuélvanoslo en el sobre que se proporciona.**

**No hace falta poner sello en el sobre.**

|  |
| --- |
| **Para que se tenga en cuenta de su opinión devuelva este formulario para el**  **[insert date]** |