

Formulario de consentimiento de investigación vital para la encuesta nacional de indicadores básicos 2019–2020

Usted ha sido seleccionado para participar en una encuesta en persona por el Department of Health Services (DHS) de Wisconsin sobre la calidad de vida. Esta encuesta le dará la oportunidad de compartir sus opiniones, comentarios y experiencias personales sobre los servicios que recibe. No tiene que participar en la encuesta si no desea hacerlo. Puede tomarse todo el tiempo que necesite para decidir si participará.

¿Por qué realiza esta encuesta DHS? DHS desea obtener más información sobre cómo ayudar a las personas en Wisconsin que reciben cuidado a largo plazo. Esta encuesta nos ayudará a conocer más sobre estos servicios y cómo estos servicios impactan la calidad de vida. Le pedimos a aproximadamente 3,300 personas como usted que nos ayuden a lograr este objetivo.

¿A quién se selecciona para participar en la encuesta?

Las personas son seleccionadas al azar para participar en la encuesta. Las personas pueden ser seleccionadas si se aplican las dos cosas siguientes:

- Tienen una discapacidad de desarrollo, intelectual o física o son personas mayores.
- Reciben servicios de un programa de cuidado a largo plazo de Medicaid o de un hogar de ancianos. Los programas de cuidado a largo plazo de Medicaid incluyen Family Care, Family Care Partnership, PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) e IRIS (Include, Respect, I Self-Direct).

¿Qué sucede si la persona que fue seleccionada no puede participar verbalmente o mostrar comprensión de las preguntas que se hacen? El tutor de la persona o un representante encuestado a elección de la persona puede participar en la encuesta en nombre de la persona.

¿Quién está realizando la encuesta? DHS ha contratado a Vital Research, una organización de investigación independiente, para realizar la encuesta.

¿Tengo que participar en la encuesta? No. Participar en la encuesta es voluntario.

¿Qué debo hacer cuando recibo la carta sobre mi participación en la encuesta? Un entrevistador de la encuesta lo llamará en algún momento entre ahora y el 31 de mayo de 2020 para hablar con usted sobre la encuesta y ver si desea participar en la encuesta. Si desea participar en la encuesta, puede programar una cita para reunirse.

Durante la llamada, no se le pedirá que proporcione ninguna información de identificación personal, excepto para verificar la dirección de la reunión en esta llamada. Puede encontrar los nombres y fotos de los entrevistadores de la encuesta en el sitio web de Vital Research en <https://vitalresearch.com/wisconsin/nci/index.html>. El sitio web también tiene más información sobre la encuesta. Si desea obtener más información sobre la encuesta antes de que lo llamemos, puede llamar a Hannah Huebner sin costo al 888-848-2555.

¿Qué sucede si digo: "Sí, quiero participar en la encuesta"? Programaremos una cita para reunirnos con usted. Puede elegir la hora y el lugar que mejor le convengan.

¿Qué sucede si digo "No, no quiero participar en la encuesta"? Nadie le tratará de manera diferente. Los servicios y apoyos que reciba no cambiarán.

¿Qué pasa si digo, sí, pero luego cambio de parecer? Nadie le tratará de manera diferente. Los servicios y apoyos que reciba no cambiarán.

¿Quién puede estar presente durante la encuesta? Su tutor o poder notarial, si tiene uno, puede estar allí durante la encuesta. Usted, su tutor o su poder notarial, también pueden pedirle al personal de atención que esté presente durante la encuesta si desea incluirlos.

¿Qué pasa si necesito un intérprete? Si necesita un intérprete para la encuesta, déjenos saber cuándo lo llamemos sobre la encuesta o llame a Hannah Huebner al número gratuito 888-848-2555 para informarle. Traeremos un traductor a la encuesta o haremos que un entrevistador que hable ese idioma realice la encuesta.

¿Necesito hacer algo antes de tomar la encuesta?

Necesita firmar el formulario de consentimiento. Al firmar el formulario de consentimiento:

- Usted acepta participar en la encuesta.
- Usted reconoce que hablamos con usted sobre la información de la encuesta y que respondimos todas sus preguntas.

El entrevistador conservará el formulario de consentimiento firmado y le entregará una copia.

¿Cuánto tiempo tomará la encuesta? La encuesta durará entre 30 y 45 minutos.

¿Me costará algo participar en la encuesta? No.

¿Qué preguntas se harán durante la encuesta?

Le preguntaremos acerca de lo siguiente:

- La gente pagó para ayudarle
- Donde vive.
- Su seguridad personal
- Sus servicios de transporte
- Cosas que haces en la comunidad
- Su salud
- Trabajando en un trabajo
- Apoyos y servicios que pueda estar recibiendo

¿Tengo que responder a todas las preguntas? No. Puede omitir cualquier pregunta que no quiera responder. También puede dejar de responder preguntas en cualquier momento.

¿Se mantendrán mis respuestas privadas? Sus respuestas se agruparán con las de otros y se compartirán sin incluir información de identificación. Sus respuestas no se compartirán con ninguna de las personas que lo ayudan, ni con la agencia de su proveedor de servicios ni con ninguna otra persona. La única vez que compartiríamos su información es si informa que su seguridad está en riesgo.

¿Cómo me ayuda participar en esta encuesta? Usaremos la información de la encuesta para mejorar los servicios y comprender mejor las necesidades de las personas. Es posible que no vea los resultados de inmediato, pero sus respuestas ayudarán a las personas con discapacidades o que serán personas mayores en el futuro.

¿A quién puedo llamar si tengo preguntas o inquietudes? Si tiene preguntas, inquietudes o quejas sobre la encuesta o si cambia de parecer y no desea que usemos sus respuestas, puede llamar a Hannah Huebner, sin cargo, al 888-848-2555.

Consentimiento de Autorización

Leí o alguien me leyó la información proporcionada anteriormente. He hecho todas las preguntas que tenía hasta ahora. **Acepto voluntariamente participar en esta encuesta.** Recibiré una copia del formulario de consentimiento para mis registros.

Firma – Persona que recibe los servicios / tutor

Fecha de la firma

Nombre de impresión – Persona que recibe los servicios / tutor

Fecha de la firma

Firma del representante encuestado (si corresponde)

Fecha de la firma