



COALICION DE LA FAMILIA DE UTAH FACILITADOR DE LOS RECURSOS DE LA FAMILIA PROTOCOLO DE EL PROCESO DE COBERTURA TOTAL

Propósito:

El propósito de la evaluación WFI-4 es el de delinear un procedimiento que los Facilitadores de los Recursos de la Familia seguirán para demostrar una alta fidelidad al particular modelo de Cobertura Total que hemos escogido de la Iniciativa Nacional de Cobertura Total. Los resultados anticipados de esta evaluación son las siguientes:

- Alta fidelidad al modelo envolvente de la Iniciativa Nacional de Cobertura Total.
- Mostrar la participación de la comunidad en el proceso de cobertura total.
- Áreas del proceso de cobertura total que necesitan más entrenamiento.

Protocolo:

Se requiere que todos los Facilitadores de los Recursos de la Familia (FRFs) inscriban tres (3) o mas familias.

Las entrevistas para completar la evaluación serán como se explica a continuación:

Padres/Proveedores

Jóvenes – mayores de 11 años de edad

Facilitador de los Recursos de la Familia (Facilitador de la Cobertura Total)

Miembros del Equipo

1. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/PROVEEDORES

- Una carta será presentada a los padres/proveedores (incluyendo a los guardianes, padrastros y guardianes con parentesco) que les ayudara a entender el propósito de la iniciativa, cuáles son los resultados esperados, los beneficios de la participación, la protección de la confidencialidad, los riesgos, los costos adicionales, la compensación, la participación voluntaria, las instrucciones legales y a quien puede llamar con preguntas. Será necesario que usted obtenga el Consentimiento del Padre/Proveedor **antes** de solicitar el Consentimiento del Joven.
- La carta del Consentimiento del Padre/Proveedor le será presentada a los padres/proveedores por el Facilitador de los Recursos de la Familia. Adjunto a la carta hay dos copias de la página para la firma. Una copia (la copia del cliente) es para que sea firmada por el padre/proveedor y para que la conserven en sus

archivos. La segunda copia (Copia de la Coalición de la Familia de Utah) es para que sea firmada, fechada, se incluya la información de contacto y sea enviada de vuelta a Cami Roundy a "Allies with families" (Aliados con las Familias):

- Por correo: 505 E 200 E Suite 25 Salt Lake City, UT 84102;
- Escaneada y enviada al correo electrónico a: allies@allieswithfamilies.org o
- Por fax al número: (801) 521-0872.

2. CONSENTIMIENTO DEL JOVEN INFORMADO

- El Consentimiento del joven informado debe ser firmado por el joven mayor de 11 años de edad. *El mismo procedimiento realizado con la carta de los padres debe seguirse para los jóvenes.*

3. FACILITADOR DE LOS RECURSOS DE LA FAMILIA (Facilitador de la Cobertura Total)

- La Evaluadora (Cami Roundy) y el Facilitador de los Recursos de la Familia/Facilitador del Proceso de Cobertura Total harán arreglos para una cita para la entrevista de la evaluación. Esto puede hacerse en persona o a través del teléfono.

4. CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO DEL EQUIPO

- Una carta de consentimiento debe ser firmada por el Miembro del Equipo. *El mismo procedimiento realizado con la carta de los padres debe seguirse para el Miembro del Equipo.*

Cami Roundy, una Facilitadora de los Recursos de la Familia certificada, conducirá las entrevistas y colocará la información en la base de datos de la Iniciativa Nacional para el Proceso de Cobertura Total. Confidencialidad estricta será adherida a este proceso. Todas las entrevistas se mantendrán confidenciales, no se usarán nombres. Una calificación agregada de todas las entrevistas así como de la fidelidad del proceso serán retornados a la Coalición de la Familia de Utah.

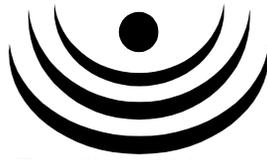
Aprobado y adoptado el 1º de Agosto del 2013 por

UTAH FAMILY COALITION (LA COALICION DE LA FAMILIA DE UTAH)

Lori N. Cerar, Allies with families

Tracy Jonson, New Frontiers for Families

Lis Rosen, NAMI-Utah



| |
|---------------|
| FRF: _____ |
| Client# _____ |

La Coalición de la Familia de Utah en cooperación con
La Iniciativa Nacional del Proceso de Cobertura Total

**Una Evaluación de los Servicios y Soportes
para los Niños y sus Familias
Consentimiento de los Proveedores para la Participación**

La Coalición de la Familia de Utah está comprometida a proveer cuidado de alta calidad a los niños y a las familias que servimos. Nosotros queremos saber el nivel de calidad de nuestros servicios. Nosotros también queremos saber que piensan los niños y las familias de nuestros servicios.

Como resultado, la Coalición de la Familia de Utah esta actualmente pidiéndoles a sus clientes que nos ayuden a aprender más acerca de cómo lo estamos haciendo. Para lograr esto, nosotros le pediremos a usted y a su niño (si su niño es mayor de 11 años de edad) a que realicen una entrevista corta acerca de la calidad de los servicios. Estas entrevistas duraran alrededor de 20 minutos y preguntaremos acerca de los tipos de servicios que su niño y la familia han recibido, y que piensan usted y su niño acerca de esos servicios. Nosotros también le preguntaremos al Facilitador de los Recursos de la Familia/Facilitador de la Cobertura Total que realice entrevistas similares. Nosotros usaremos la información que recolectemos para ayudar a mejorar la calidad de los servicios que usted y otras familias reciben.

Todos los datos serán anónimos. En ningún momento alguna persona recibirá información que pueda identificar a su familia. Su Facilitador de los Recursos de la Familia no conocerá la información que usted proporcione acerca de los servicios que usted recibe.

Usted no tiene que participare en estas entrevistas para que pueda recibir servicios. Si usted no quiere participar, usted puede decir no y no habrá ningún cambio en los servicios que usted recibe o como es usted tratado. Usted también puede decir no cuando usted o su niño sean llamados y se les pida que participen en la entrevista. Sin embargo, nosotros esperamos que usted decida ayudarnos a mejorar nuestros servicios y participe.

Si usted tiene preguntas acerca de esta evaluación del programa, usted puede llamar a Tracy Johnson, Director Ejecutivo, New Frontier for Families y miembro de la Coalición de la Familia de Utah al (435) 616-3471.

Yo he leído esta información y/o he pedido que me la lean a mí

Firma del Padre/Proveedor

Fecha

Nombre del Joven (por favor, escribir)



| |
|---------------|
| FRF: _____ |
| Client# _____ |

Forma de Consentimiento de los Padres/Guardianes

Se me ha dado una descripción de esta iniciativa y he tenido un chance de realizar preguntas acerca del tema, y estas han sido respondidas a mi satisfacción.

Yo entiendo que mi participación es voluntaria, y que yo puedo negarme a participar o puedo retirarme en cualquier momento sin ninguna penalidad.

Yo entiendo que los hallazgos de esta iniciativa serán usados para mejorar los servicios para mi familia y para otras familias inscritas en este proceso. Yo también entiendo que cualquier información que yo provea se mantendrá de forma confidencial a lo máximo exento permitido por la ley. Toda información de identificación será removida y solo los resultados en grupo serán reportados.

Se me ha indicado que Cami Roundy, Evaluadora del Proyecto, me contactará por teléfono para finalizar la entrevista. Yo también entiendo que si tengo más preguntas acerca de la iniciativa, yo puedo contactar a Tracy Johnson, con New Frontiers for Families al (435) 616-3471.

Yo estoy de acuerdo en participar en esta iniciativa, y Yo he recibido una copia de esta forma firmada,

Nombre (por favor escribir)

Nombre y Edad del Joven

Firma

____ Yo estoy de acuerdo que a mi niño se le pueda pedir que participe en esta iniciativa

| | | | | | |
|---|-------------|----|---|---|---|
| Números telefónicos en donde puedo ser contactado: | | | | | |
| Hogar: _____ | Otro: _____ | | | | |
| Mejor Momento del día para contactarme: (Por favor marque con un circulo todos los que aplican) | | | | | |
| L | Ma | Mi | J | V | S |
| Mañana (9:00 a.m. – 11:00 a.m.) | | | | | |
| Medio Día (11:00 a.m. – 1:00 p.m.) | | | | | |
| Tarde (1:00 p.m. – 5:00 p.m.) | | | | | |
| Noche (5:00 p.m. – 8:00 p.m.) | | | | | |

COPIA DE LA COALICION DE LA FAMILIA DE UTAH



| |
|---------------|
| FRF: _____ |
| Client# _____ |

Forma de Consentimiento de los Padres/Guardianes

Se me ha dado una descripción de esta iniciativa y he tenido un chance de realizar preguntas acerca del tema, y estas han sido respondidas a mi satisfacción.

Yo entiendo que mi participación es voluntaria, y que yo puedo negarme a participar o puedo retirarme en cualquier momento sin ninguna penalidad.

Yo entiendo que los hallazgos de esta iniciativa serán usados para mejorar los servicios para mi familia y para otras familias inscritas en este proceso. Yo también entiendo que cualquier información que yo provea se mantendrá de forma confidencial a lo máximo exento permitido por la ley. Toda información de identificación será removida y solo los resultados en grupo serán reportados.

Se me ha indicado que Cami Roundy, Evaluadora del Proyecto, me contactará por teléfono para finalizar la entrevista. Yo también entiendo que si tengo más preguntas acerca de la iniciativa, yo puedo contactar a Tracy Johnson, con New Frontiers for Families al (435) 616-3471.

Yo estoy de acuerdo en participar en esta iniciativa, y Yo he recibido una copia de esta forma firmada,

Nombre (por favor escribir)

Nombre y Edad del Joven

Firma

Yo estoy de acuerdo que a mi niño se le pueda pedir que participe en esta iniciativa

| | | | | | |
|---|-------------|----|---|---|---|
| Números telefónicos en donde puedo ser contactado: | | | | | |
| Hogar: _____ | Otro: _____ | | | | |
| Mejor Momento del día para contactarme: (Por favor marque con un circulo todos los que aplican) | | | | | |
| L | Ma | Mi | J | V | S |
| Mañana (9:00 a.m. – 11:00 a.m.) | | | | | |
| Medio Día (11:00 a.m. – 1:00 p.m.) | | | | | |
| Tarde (1:00 p.m. – 5:00 p.m.) | | | | | |
| Noche (5:00 p.m. – 8:00 p.m.) | | | | | |

COPIA DEL PARTICIPANTE



FRF: _____

Client# _____

La Coalición de la Familia de Utah en sociedad con
La Iniciativa Nacional del Proceso de Cobertura Total

**Una Evaluación de los Servicios y Apoyos para los Niños y sus Familias
Consentimiento para la Participación del Joven**

La Coalición de la Familia de Utah queremos saber qué tan buenos son nuestros servicios para los jóvenes. También queremos conocer que piensan los niños/jóvenes y las familias acerca de nuestros servicios.

Para conocer su opinión acerca de los servicios que usted ha estado recibiendo, a nosotros nos gustaría realizar una corta entrevista por teléfono. Esta es una oportunidad para usted y para otros jóvenes como usted de hacernos conocer qué piensa usted acerca de nuestros servicios y que cosas le gustaría a usted que cambiaran.

Todas las cosas que usted nos diga en la entrevista se mantendrán completamente confidenciales. Nosotros no le diremos a nadie lo que usted nos dijo. Nosotros solamente reportaremos lo que todos los jóvenes dicen como un grupo.

Para realizar esta evaluación, una persona le llamará y le hará preguntas relacionadas con los servicios que usted recibe. Por ejemplo, le preguntarán si usted está participando en decidir cuales servicios son de mejor ayuda para usted. Otra pregunta que le harán es si el equipo le ayuda a estar envuelto en actividades que a usted le gustan o que realiza bien. Esta entrevista telefónica tomará aproximadamente 15 minutos.

Si usted está de acuerdo en participar, usted tiene que entender lo siguiente:

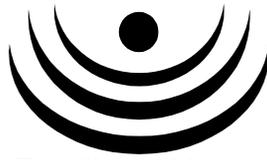
1. Yo puedo parar en cualquier momento, y esto no afectará ninguno de los servicios que estoy recibiendo actualmente.
2. Todo lo que yo diga será mantenido en forma confidencial. Nadie más que la persona que hace la evaluación sabrá como yo respondí a las preguntas.
3. La información que yo provea ayudará a mejorar los servicios para otros jóvenes, como yo.

Si usted aun está de acuerdo en participar, por favor firme abajo:

Firma del Joven

Fecha

Nombre del Joven (por favor, escribir)



FRF: _____
Client# _____

La Coalición de la Familia de Utah en cooperación con
La Iniciativa Nacional del Proceso de Cobertura Total

Una Evaluación de los Servicios y Soportes para los Niños y sus Familias Consentimiento del Miembro del Equipo para la Participación

La Coalición de la Familia de Utah está comprometida a proveer cuidado de alta calidad a los niños y a las familias que servimos. Nosotros queremos saber el nivel de calidad de nuestros servicios. Nosotros también queremos saber que piensan los niños y las familias de nuestros servicios.

Como resultado, la Coalición de la Familia de Utah esta actualmente pidiéndoles a sus clientes que nos ayuden a aprender más acerca de cómo lo estamos haciendo. Para lograr esto, nosotros le pediremos a usted y a su niño (si su niño es mayor de 11 años de edad) a que realicen una entrevista corta acerca de la calidad de los servicios. Estas entrevistas duraran alrededor de 20 minutos y preguntaremos acerca de los tipos de servicios que su niño y la familia han recibido, y que piensan usted y su niño acerca de esos servicios. Nosotros también le preguntaremos al Facilitador de los Recursos de la Familia/Facilitador de la Cobertura Total que realice entrevistas similares. Nosotros usaremos la información que recolectemos para ayudar a mejorar la calidad de los servicios que usted y otras familias reciben.

Todos los datos serán anónimos. En ningún momento alguna persona recibirá información que pueda identificar a su familia. Su Facilitador de los Recursos de la Familia no conocerá la información que usted proporcione acerca de los servicios que usted recibe.

Usted no tiene que participare en estas entrevistas para que pueda recibir servicios. Si usted no quiere participar, usted puede decir no y no habrá ningún cambio en los servicios que usted recibe o como es usted tratado. Usted también puede decir no cuando usted o su niño sean llamados y se les pida que participen en la entrevista. Sin embargo, nosotros esperamos que usted decida ayudarnos a mejorar nuestros servicios y participe.

Si usted tiene preguntas acerca de esta evaluación del programa, usted puede llamar a Tracy Johnson, Director Ejecutivo, New Frontier for Families y miembro de la Coalición de la Familia de Utah al (435) 616-3471.

Yo he leído esta información y/o he pedido que me la lean a mí

Firma del Padre/Proveedor

Fecha

Nombre del Joven (por favor, escribir)



| |
|---------------|
| FRF: _____ |
| Client# _____ |

Forma de Consentimiento del Miembro del Equipo

Se me ha dado una descripción de esta iniciativa y he tenido un chance de realizar preguntas acerca del tema, y estas han sido respondidas a mi satisfacción.

Yo entiendo que mi participación es voluntaria, y que yo puedo negarme a participar o puedo retirarme en cualquier momento sin ninguna penalidad.

Yo entiendo que los hallazgos de esta iniciativa serán usados para mejorar los servicios para mi familia y para otras familias inscritas en este proceso. Yo también entiendo que cualquier información que yo provea se mantendrá de forma confidencial a lo máximo exento permitido por la ley. Toda información de identificación será removida y solo los resultados en grupo serán reportados.

Se me ha indicado que Cami Roundy, Evaluadora del Proyecto, me contactará por teléfono para finalizar la entrevista. Yo también entiendo que si tengo más preguntas acerca de la iniciativa, yo puedo contactar a Tracy Johnson, con New Frontiers for Families al (435) 616-3471.

Yo estoy de acuerdo en participar en esta iniciativa, y Yo he recibido una copia de esta forma firmada,

Nombre (por favor escribir)

Nombre y Edad del Joven

Firma

Yo estoy de acuerdo que a mi niño se le pueda pedir que participe en esta iniciativa

| | | | | | |
|---|-------------|----|---|---|---|
| Números telefónicos en donde puedo ser contactado: | | | | | |
| Hogar: _____ | Otro: _____ | | | | |
| Mejor Momento del día para contactarme: (Por favor marque con un circulo todos los que aplican) | | | | | |
| L | Ma | Mi | J | V | S |
| Mañana (9:00 a.m. – 11:00 a.m.) | | | | | |
| Medio Día (11:00 a.m. – 1:00 p.m.) | | | | | |
| Tarde (1:00 p.m. – 5:00 p.m.) | | | | | |
| Noche (5:00 p.m. – 8:00 p.m.) | | | | | |

COPIA DE LA COALICION DE LA FAMILIA DE UTAH



| |
|---------------|
| FRF: _____ |
| Client# _____ |

Forma de Consentimiento del Miembro del Equipo

Se me ha dado una descripción de esta iniciativa y he tenido un chance de realizar preguntas acerca del tema, y estas han sido respondidas a mi satisfacción.

Yo entiendo que mi participación es voluntaria, y que yo puedo negarme a participar o puedo retirarme en cualquier momento sin ninguna penalidad.

Yo entiendo que los hallazgos de esta iniciativa serán usados para mejorar los servicios para mi familia y para otras familias inscritas en este proceso. Yo también entiendo que cualquier información que yo provea se mantendrá de forma confidencial a lo máximo exento permitido por la ley. Toda información de identificación será removida y solo los resultados en grupo serán reportados.

Se me ha indicado que Cami Roundy, Evaluadora del Proyecto, me contactará por teléfono para finalizar la entrevista. Yo también entiendo que si tengo más preguntas acerca de la iniciativa, yo puedo contactar a Tracy Johnson, con New Frontiers for Families al (435) 616-3471.

Yo estoy de acuerdo en participar en esta iniciativa, y Yo he recibido una copia de esta forma firmada,

Nombre (por favor escribir)

Nombre y Edad del Joven

Firma

____ Yo estoy de acuerdo que a mi niño se le pueda pedir que participe en esta iniciativa

| | | | | | |
|---|-------------|----|---|---|---|
| Números telefónicos en donde puedo ser contactado: | | | | | |
| Hogar: _____ | Otro: _____ | | | | |
| Mejor Momento del día para contactarme: (Por favor marque con un circulo todos los que aplican) | | | | | |
| L | Ma | Mi | J | V | S |
| Mañana (9:00 a.m. – 11:00 a.m.) | | | | | |
| Medio Día (11:00 a.m. – 1:00 p.m.) | | | | | |
| Tarde (1:00 p.m. – 5:00 p.m.) | | | | | |
| Noche (5:00 p.m. – 8:00 p.m.) | | | | | |

COPIA DEL PARTICIPANTE