**ENCUESTA PARA ADOLESCENTES Y JOVENES**

Aplica: Profesional del equipo de apoyo a la supervisión

Diligencia: Adolescente o Joven.

**Instrucciones para el profesional:**

1. Establezca un ambiente empático con el adolescente o joven a quien se va a aplicar la encuesta.
2. Explique a los adolescentes o jóvenes la actividad de manera clara y sencilla, para facilitar la comprensión del ejercicio a realizar.
3. Diligencie el campo de los datos personales, seleccionando con una X los espacios en blanco, según corresponda.
4. Explique que las respuestas son personales y que no hay correctas o incorrectas, buenas o malas, lo importante es que el adolescente o joven pueda expresar lo que piensa.
5. Haga una pregunta de prueba para verificar que el adolescente o joven haya comprendido las opciones de respuesta.
6. Verifique que se hayan diligenciado cada una de las preguntas.

**Instrucciones para el adolescente o joven:**

A continuación, encontrarás una serie de preguntas relacionadas con la institución/hogar sustituto en el que te encuentras, califica con toda confianza, las respuestas son personales, no hay correctas o incorrectas, buenas o malas. Lo importante es lo que tú pienses.

Para el diligenciamiento de la encuesta sigue los siguientes pasos:

1. Lee individualmente la encuesta. Si es necesario puedes hacerlo con ayuda del adulto que te pidió responderla
2. Selecciona la respuesta que mejor refleje lo que piensas frente cada pregunta: SIEMPRE/SI, ALGUNAS VECES o NUNCA/NO.
3. Si no comprendes alguna de las frases y/o la forma de calificarla, solicita una explicación a quien te entregó la encuesta.
4. Debes verificar que hayas respondido cada una de las preguntas.

|  |
| --- |
| 1. **DATOS PERSONALES**
 |
| **Regional:** |  |
| **Código de la entidad contratista:** |  |
| **Fecha aplicación:** |  |
| **Fecha nacimiento:** |  | **Sexo:** | **Hombre:** |  | **Mujer:** |  |
| **Doc. Identidad:** | **Tipo documento:** | **R.C.** |  | **C.C.** |  | **S.I** |  |
| **T.I.** |  | **S.D** |  | **Número:** |  |
| **N° SIM:** |  | **Nacionalidad:** |  |
| **Escolaridad:**  | **Educación inicial** |  | **Educación superior** |  | **Básica primaria** |  |
| **Básica secundaria y media vocacional**  |  | **Educación especial** |  | **Formación para el trabajo y desarrollo humano**  |  |
| **No aplica** |  |
| **Estado PARD:** | **Vulneración** |  | **Adoptabilidad** |  | **Sin resolución** |  |
| **Autoridad administrativa responsable:** | **Comisario(a) de familia:** |  | **Defensor(a) de familia:** |  |
| **Nombre autoridad administrativa responsable** |  |
| **Fase del proceso de atención:** | **Identificación, diagnóstico y acogida** |  | **Fortalecimiento** |  | **Proyección y Preparación para el egreso** |  |
| **Discapacidad:** | **SI** |  | **NO** |  |
| **Intelectual** |  | **Mental psicosocial** |  | **Otros tipos** |  |
| **Fecha de ingreso:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II. PERCEPCIÓN DEL TRATO**  | **SIEMPRE** | **ALGUNAS VECES** | **NUNCA** |
| Considero que los adultos de esta modalidad respetan mi forma de ser y de pensar y las de mis demás compañeros. |  |  |  |
| Recibo un trato amable y respetuoso por parte de los adultos de esta modalidad.  |  |  |  |
| **III. CALIDAD DEL SERVICIO** | **SIEMPRE** | **ALGUNAS VECES** | **NUNCA** |
| En esta modalidad aprendo estrategias y desarrollo habilidades para mi vida. |  |  |  |
| Siento que las actividades que se realizan en esta modalidad aportan a la construcción de mi proyecto de vida. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV. PREVENCION DE VIOLENCIAS** | **SIEMPRE** | **ALGUNAS VECES** | **NUNCA** |
| Pienso que las normas de esta modalidad y la forma de hacerlas cumplir son adecuadas y no vulneran nuestros derechos. |  |  |  |
| Conozco las herramientas de participación y puedo hacer uso de ellas para solucionar los conflictos en esta modalidad. |  |  |  |
| **V. PARTICIPACIÓN** | **SIEMPRE** | **ALGUNAS VECES** | **NUNCA** |
| Tienen en cuenta mis gustos, intereses y habilidades para la programación de actividades. |  |  |  |
| Me siento incluida(o) en los procesos de toma de decisiones y en las actividades que se realizan en esta modalidad. |  |  |  |
| **VI. AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS** | **SI** | **NO** |
| ¿Conozco a mi Defensor o Comisario de familia? |  |  |
| **VI. AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS** | **SIEMPRE** | **ALGUNAS VECES** | **NUNCA** |
| Siento que mi defensor/comisario de familia me ayuda en mi proceso. |  |  |

|  |
| --- |
| **VIII. OBSERVACIONES GENERALES DE EL O LA ADOLESCENTE/JOVEN:**Registra las observaciones, sugerencias o peticiones que tengas frente a la atención que recibes en la institución. |
|  |

|  |
| --- |
| **IX. OBSERVACIONES GENERALES DEL PROFESIONAL:**Registre cualquier situación observada en la visita que pudiera representar un riesgo y/o amenaza para vulneración de derechos o la prestación del servicio o amplíe la información que considere importante frente a las respuestas del o la adolescente. |
|  |