



# Encuesta sobre la Negociación para Trabajadores de Apoyo Personal/Atención Domiciliaria de 2019

## Parte 3: Mejora de los sistemas de capacitación y de registro

Las negociaciones para nuestro próximo contrato sindical iniciarán en marzo de 2019 y los cuidadores como usted se reunirán con representantes del estado de Oregon para negociar nuestro próximo contrato. Necesitamos saber qué cambios le gustaría ver.

Sabemos que hay muchos asuntos importantes que debemos abordar, así que estamos lanzando una encuesta en tres partes.

- Noviembre: salarios, beneficios y jubilación
- Diciembre: mejora de los sistemas de nómina
- **Enero: capacitación, registro y otros asuntos importantes**

**Gracias a los comentarios de los miembros, sabemos que las oportunidades de desarrollo de la fuerza laboral relacionadas con la capacitación, las referencias y la retención son algunos de los temas principales que necesitamos abordar durante el próximo año.** También sabemos que los sistemas actuales de capacitación y de registro de la Comisión de Atención Domiciliaria (OHCC, por sus siglas en inglés) no están cumpliendo con las necesidades de los trabajadores y de los consumidores. Antes de que empecemos a negociar con el estado sobre estas cuestiones, es importante que escuchemos su opinión con respecto a qué mejoras del sistema debemos darles prioridad.

### Capacitación

**¿Ha asistido a un curso de capacitación a través de la Comisión de Atención Domiciliaria de Oregon en el último año?**

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)

**Si NO ha asistido a un curso de capacitación a través de la Comisión de Atención Domiciliaria de Oregon, ¿por qué no?**

*Favor de marcar todos los que correspondan.*

- No planeo quedarme en esta línea de trabajo
- No hay temas que me interesen
- Las clases no se adaptan a mis horarios
- Las clases no se ofrecieron en un lugar conveniente
- Problemas de cuidado infantil
- Barreras del idioma
- Otro (especifique)

**Si HA ASISTIDO a un curso de capacitación a través de la Comisión de Atención Domiciliaria de Oregon, evalúe su experiencia con dichos cursos de capacitación a continuación:**

**¿Qué tan probable es que recomiende la capacitación a través de la Comisión de Atención Domiciliaria (OHCC, por sus siglas en inglés)?**

- Nada probable
- Algo probable
- Muy probable

**¿Qué tan bien lo(a) preparó su orientación para brindar apoyo personal o atención domiciliaria a sus clientes?**

- Nada bien
- Bien
- Muy bien

(CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA...)

**¿Cree que tiene acceso a una capacitación de alta calidad en su área?**

- No, no tengo acceso
- Algo, el acceso es limitado
- Sí, tengo acceso

**¿Le interesan las oportunidades profesionales de atención a largo plazo (hospital, asilo de ancianos, en un centro)?**

- No, planeo dejar el campo de la atención
- Tal vez/no estoy seguro(a)
- Sí

**¿A qué le debe dar prioridad nuestro sindicato?** *(marque todas las opciones que correspondan)*

- Capacitación de mayor calidad
- Capacitación que lleve a la certificación y un camino hacia las oportunidades profesionales (asistente de enfermería certificado(a), enfermero(a) registrado(a)...)
- Capacitación que sea más relevante para el tipo de servicios que proporciono
- Capacitación que sea accesible en línea

Otro

**¿Con qué frecuencia usa el internet?**

- Todos los días
- Semanalmente
- Cada dos semanas
- Mensual
- Casi nunca

**¿Cómo se conecta al internet?** *Marque todas las opciones que correspondan*

- Teléfono inteligente/tableta
- Computadora portátil
- Computadora de escritorio ("Desktop")
- A través de una conexión en el hogar
- A través de una conexión en una biblioteca
- A través de una conexión en el hogar de mi consumidor
- A través de una conexión en un negocio (por ejemplo, un café)

**¿Para qué usa el internet?** *Marque todas las opciones que correspondan*

- Revisar correos electrónicos
- Redes sociales (por ejemplo, Facebook)
- Compras
- Operaciones bancarias
- Entretenimiento (por ejemplo, ver videos o escuchar música)

**¿Hay algo más que quiera compartir con nosotros sobre la capacitación?**

# Registro y referencia: cómo conectar a los trabajadores y consumidores

Con respecto a las formas en que nuestro sindicato puede influir para que el estado mejore sus capacidades de registro y asignación, en una escala del 1 al 5, donde 1 es mucha confianza y 5 es nada de confianza:

**¿Cuánta confianza tiene usted en que puede depender de los sistemas estatales para poder encontrar a un nuevo empleador consumidor/cuando necesita más horas?**

1 (Mucha confianza)    2    3    4    5 (Nada de confianza)

**En una escala del 1 al 5, ¿qué tan confiable es el registro administrado por el estado?**

1 (Mucha confianza)    2    3    4    5 (Nada de confianza)

**¿Cuáles son las tres mejoras principales al registro necesarias para que usted pueda encontrar a un empleador consumidor potencial que sea mejor para usted?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Empleador consumidor potencial         | <input type="radio"/> Más fácil de navegar/usar                                |
| <input type="radio"/> Más opciones de búsqueda/clasificación | <input type="radio"/> Mejor sistema para encontrar atención de respaldo/relevo |
| <input type="radio"/> Información más precisa/actualizada    | <input type="radio"/> Más opciones de empleadores consumidores                 |

**¿Con qué frecuencia usa el registro administrado por el estado?**

- |                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Todos los días | <input type="radio"/> Casi nunca |
| <input type="radio"/> Semanalmente   | <input type="radio"/> Nunca      |
| <input type="radio"/> Mensual        |                                  |

**¿Está buscando actualmente a un nuevo consumidor/más horas?**

Sí    No

**¿Le brinda servicios a un familiar?**

Sí    No

**¿Considera al trabajo de atención domiciliar o de apoyo personal como una opción de carrera a largo plazo?**

Sí    No

**¿Hay alguna otra cosa que quiera compartir con nosotros sobre el sistema de Registro/Referencia?**

**¿Ha tenido que pagar por cuenta propia las huellas digitales?**    Sí    No Si es así, ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_

---

## CONTACT INFORMATION

PRIMER NOMBRE  APELLIDO

DIRECCIÓN  CIUDAD  ESTADO  CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

\*Al proporcionar mi número de teléfono, entiendo que el Sindicato Internacional de Empleados de Servicios (SEIU, por sus siglas en inglés), sus sindicatos locales y sus afiliados pueden usar tecnologías automatizadas para llamarme y/o para enviar mensajes de texto a mi celular periódicamente. SEIU nunca cobrará por las alertas de mensaje de texto. Pueden aplicar tarifas por el envío de mensaje y el uso de datos para dichas alertas. Responda con la palabra STOP para dejar de recibir mensajes; responda con la palabra HELP para obtener más información.

## Información demográfica opcional

SEIU Local 503 está comprometido a respetar la diversidad de todos nuestros miembros. Esta información demográfica opcional nos ayuda a entender las identidades sociales de nuestros miembros.

Género

- Femenino       Masculino     No binario       Otro

Pronombres preferidos

- Ella       Él       Ellos       Otro (especifique) \_\_\_\_\_

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su raza o grupo étnico?  
(Marque todas las que correspondan):

- Africano o afroestadounidense  
 Asiático o asiático estadounidense  
 Oriente Medio, árabe estadounidense o del norte de África  
 Hispano o latino  
 Indígena estadounidense o indígena  
 Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico  
 Blanco  
 Otro (especifique)

Idioma preferido

- Inglés       ASL (lenguaje de señas)       Cantonés  
 Mandarín       Ruso       Español  
 Vietnamita       Amhárico       Criollo haitiano  
 Hmong       Coreano       Nepalí  
 Rumano       Somalí       Tagalo  
 Tigrinya       Toishanés       Otro (especifique)

Devuelva la encuesta completada a su organizador del SEIU o al SEIU Local 503, 1730 Commercial Street SE, Salem, OR 97302 o PO Box 12159 Salem, OR 97309-0159.

Entregado por/Nombre del organizador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_