Immigrant Community Survey - Spanish

El estado de Washington está trabajando en nuevas opciones de cobertura de seguro médico para inmigrantes indocumentados. La Alianza de Salud para Inmigrantes y Refugiados (*Immigrant and Refugee Health Alliance*) quiere conocer su experiencia con el seguro médico y la atención médica. Sus opiniones permitirán determinar las iniciativas del estado en cuanto a la divulgación y la inscripción una vez que estén disponibles las opciones de cobertura. Sus respuestas son anónimas y confidenciales. **No** brindaremos esta información al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de EE. UU. No se le pedirá ningún tipo de información de identificación personal.

1. Si hubiera disponible un seguro médico gratuito o de bajo costo, ¿qué probabilidad habría de que usted o su familia se inscribieran?

muy probable

neutral

muy poco probable

probable

poco probable

2. ¿Qué podría impedirle obtener un seguro médico gratuito o de bajo costo? Las opciones son las siguientes:

Me preocupa el costo.

Tengo dudas sobre el **valor** del seguro que se aplica a mí/mi familia/mis circunstancias.

No me siento a gusto dando mi información a una entidad gubernamental por cuestiones de deportación.

Me cuesta entender sin ayuda los planes de seguro y lo que está cubierto.

Inscribirse en el seguro es demasiado complicado y no cuento con ayuda.

Es difícil navegar por el sitio web de seguros en línea.

No me siento a gusto ingresando mi información en un sitio web.

Otra (completar).

3. ¿Qué recurso sería más útil al inscribirse en un seguro médico? *Seleccione la mejor opción.*

Navegar por el sitio web y enviar mi solicitud.

Ayuda para seleccionar un plan adecuado a mis necesidades.

Descripciones fáciles de entender de lo que cubre el plan de seguro médico.

Ayuda en persona en mi propio idioma.

Ayuda en persona de alguien de mi comunidad.

4. ¿Cuál es el principal obstáculo que le impide buscar atención médica (que incluye atención médica, dental, de salud mental y servicios para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias)? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

falta de seguro

costo

falta de un proveedor de atención médica

falta de confianza en los proveedores de atención médica

miedo a la deportación

falta de transporte

dificultad para programar citas para recibir atención

falta de disponibilidad de citas en mi horario no laboral

falta de tiempo

barrera idiomática

otra: completar

5. ¿Dónde recibe actualmente servicios de atención médica? Indique todas las opciones que correspondan.

sala de emergencias

atención de urgencia

clínica comunitaria

clínica gratuita

clínica de salud pública

consultorio de un proveedor privado

no corresponde

otra: completar

6. ¿Cuál es su país de origen? (*marque todas las casillas que correspondan*)

Afganistán

Brasil

Canadá

China

Colombia

República Dominicana

Ecuador

El Salvador

Eritrea

Etiopía

Ghana

Guatemala

Haití

Honduras

India
Kenia
Corea
México
Nicaragua
Nigeria
Perú
Filipinas

Rusia
Somalia
Uganda
Ucrania
Venezuela
Vietnam
Zimbabue
Otro _____

7. ¿Cuál es su idioma preferido? (*marque todas las casillas que correspondan*)

Inglés
Darí
Pastún
Español
Francés
Haitiano
Italiano
Portugués
Alemán
Yidis
Griego
Ruso
Polaco
Serbocroata
Ucraniano u otros idiomas eslavos
Armenio
Persa
Guyaratí
Hindú
Urdu
Punjabí
Bengalí
Nepalí, maratí u otros idiomas índicos
Otros idiomas indoeuropeos
Telugu
Tamil
Malayo, canarés u otros
idiomas dravídicos
Chino (incluidos mandarín
y cantonés)
Japonés
Coreano
Hmong
Vietnamita
Jemer

Tailandés, laosiano u otros
idiomas tai-kadai
Tagalo (incluido el filipino)
Ilocano, samoano, hawaiano
u otros idiomas austronesios
Navajo
Otros idiomas nativos
de América del Norte
Árabe
Hebreo
Amárico, somalí u otros idiomas
afroasiáticos
Torubu, twi, igbo u otros
idiomas de África occidental
Suajili u otros idiomas de África
central, oriental y meridional
Otra (completar)

8. ¿Hay algo más que desee compartir?

Reconocemos que la siguiente pregunta puede incomodarle. La formulamos porque queremos asegurarnos de poder interpretar esta encuesta para hacer las declaraciones más exactas sobre las necesidades de los inmigrantes indocumentados. Tenga en cuenta que sus respuestas a la encuesta son confidenciales y no podrán asociarse con usted. **No** brindaremos esta información al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de EE. UU.

9. ¿Es ciudadano estadounidense?

Sí

No

10. Si respondió "no", ¿es usted residente permanente legal con tarjeta verde?

Sí

No