

**Módulo de discapacidad**

**Form. MD**

**Datos de identificación**

Comuna \_\_\_\_\_ Réplica \_\_\_\_\_ Lote \_\_\_\_\_ UP \_\_\_\_\_ Encuesta \_\_\_\_\_ Hogar n° \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto. \_\_\_\_\_ Hab. \_\_\_\_\_ Torre \_\_\_\_\_

**Código de miembro** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_

**Respondente** \_\_\_\_\_ **Entrevista realizada** Si.....1 No.....2

Encuestador: \_\_\_\_\_ Nombre y apellido

Recepcionista: \_\_\_\_\_ Nombre y apellido

Supervisor: \_\_\_\_\_ Nombre y apellido

Recuperador: \_\_\_\_\_ Nombre y apellido

**Visitas de encuestador (Detallar todas las visitas)**

	fecha	hora		fecha	hora
1ra			4ta		
2da			5ta		
3ra			6ta		

**Razón por la cual no se realizó la encuesta**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <b>1. Ausencia</b> <input type="checkbox"/>                          | <b>2. Rechazo</b> <input type="checkbox"/>  | <b>3. Otras causas</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>a.</b> No se pudo contactar en 3 visitas <input type="checkbox"/> | <b>a.</b> Negativa rotunda <input type="checkbox"/>                               |   |
| <b>b.</b> Por causas circunstanciales <input type="checkbox"/>       | <b>b.</b> Rechazo por portero eléctrico <input type="checkbox"/>                  |   |
| <b>c.</b> Viaje <input type="checkbox"/>                             | <b>c.</b> Se acordaron entrevistas que no se concretaron <input type="checkbox"/> |   |
| <b>d.</b> Vacaciones <input type="checkbox"/>                        |   |   |

**ESTE MÓDULO ES SÓLO PARA PERSONAS QUE RESPONDIERON AL MENOS UN SÍ EN PREGUNTAS 1 A 11 DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL**

***Para caracterización de la discapacidad***

**PARA TODAS LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**EDAD DE ORIGEN**

**D1** ¿A qué edad comenzó la discapacidad más antigua? (E-S)

- Para los menores de 1 año     
*(indique los meses cumplidos)*  
*(si es de nacimiento registre 00)* Meses
- Para los de 1 año y más     
*(indique edad en años cumplidos)* Años

**ACCESO AL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

**D2** ¿Tiene Certificado de Discapacidad? (E-S)

Si.....	1	
No.....	2	→ <b>A pregunta D 4</b>
Está en trámite.....	3	→ <b>A pregunta D 5</b>

**D3** ¿Para qué usa el Certificado de Discapacidad? (G-M)

	Obtener cobertura Integral de las prestaciones básicas de habilitación y rehabilitación.....	1	
	Obtener cobertura integral de medicación.....	2	
	Adquirir elementos ortopédicos .....	3	
	Obtener el pase libre de transporte público .....	4	
	Obtener el pase libre en autopistas de la Ciudad de Buenos Aires .....	5	
	Obtener franquicias para la compra de automotores ..	6	
	Obtener el Símbolo Internacional de Acceso para el Automóvil (logo) .....	7	
	Acceder a la exención del pago de ABL/patente.....	8	→ <b>A pregunta D 5</b>
	Obtener permiso de libre tránsito y estacionamiento domiciliario .....	9	
	Acceder al régimen de asignaciones familiares en ANSeS .....	10	
	Realizar la administración de pequeños comercios ..	11	
	Solicitar empleo en la administración pública .....	12	
	Otros .....	13	
	No lo usa .....	14	

**D4** ¿Cuál es el motivo principal por el que no posee Certificado de Discapacidad? (E-S)

	No sabe que existe .....	1
	No sabe para qué le sirve .....	2
	No sabe como obtenerlo o es complicado .....	3
	Le queda muy lejos el lugar que lo otorga .....	4
	No lo quiere .....	5
	No lo necesita .....	6
	Otros motivos .....	7

**ACCESIBILIDAD**

**ACCESO A LOS ESPACIOS FÍSICOS**

<b>D5</b> ¿Encuentra problemas u obstáculos para acceder o usar... (se refiere a ingresar, permanecer, comunicarse y/o usar el baño) (G-M)	Trenes, colectivos, subtes?.....	1
	Taxis?.....	2
	Bancos, comercios, negocios de alimentos, etc.?.....	3
	Cines, teatros, etc.? .....	4
	Veredas y calles?.....	5
	Plazas?.....	6
	Cajeros automáticos? .....	7
	Computadoras?.....	8
	Avisos electrónicos en bancos, aeropuertos, centros comerciales, etc.? .....	9
	Otros .....	10
	No encuentra ningún obstáculo.....	11

**ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD**

<b>D6</b> A causa de la discapacidad, ¿necesita recibir estimulación temprana, control, tratamiento, rehabilitación en forma periódica?	Si.....	1	<b>→ A pregunta D 10</b>
	No.....	2	

<b>D7</b> ¿Recibe la estimulación temprana, control, tratamiento, rehabilitación que necesita?	Si.....	1	<b>→ A pregunta D 9</b>
	No.....	2	

**SOLO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE RECIBEN ESTIMULACIÓN TEMPRANA, CONTROL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN**

<b>D8</b> ¿Quién cubre la mayor parte del costo de la estimulación temprana, control, tratamiento o rehabilitación? (E-S)	PAMI.....	1	<b>→ A pregunta D 10</b>
	PROFE .....	2	
	Una obra social .....	3	
	Un plan de medicina prepaga / mutual.....	4	
	Cobertura de salud porteña .....	5	
	CESAC (Centro de Salud Comunitario) o salita de salud.....	6	
	El hospital público (estatal).....	7	
	El presupuesto familiar .....	8	
	Otro (especificar).....	9	
_____			

**SÓLO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE NECESITAN ESTIMULACIÓN TEMPRANA, CONTROL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN PERO NO RECIBEN**

<b>D9</b> ¿Cuál es el motivo principal por el que no recibe estimulación temprana, control, tratamiento o rehabilitación? (E-S)	Porque el hospital público/ el CeSaC/Cobertura de Salud Porteña no da respuesta .....	1
	Porque la obra social/mutual/ prepaga no da respuesta .....	2
	Porque no sabe qué trámites tiene que hacer o dónde debe solicitarlo .....	3
	No lo puede pagar con el presupuesto del hogar .....	4
	No tengo tiempo/no quiero.....	5
	Por falta de acceso del transporte o lejanía.....	6
	Otros motivos (especificar).....	7
_____		

## ACCESO A LAS AYUDAS TÉCNICAS Y APOYOS

- D10** A causa de la discapacidad, ¿necesita ayudas técnicas y/o apoyos? (*tales como bastón, prótesis, audífono, muletas, oxígeno, etc.*)
- Si.....1  
No.....2 → **A pregunta D 14**

## SOLO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE NECESITAN AYUDAS TÉCNICAS O APOYOS

- D11** ¿Qué ayuda técnica y/o apoyo tiene y/o usa? (E-M)
- Bastón blanco o verde.....1  
Prótesis ocular.....2  
Audífono.....3  
Implante coclear.....4  
Bastón, muletas, trípode, andador, etc.....5  
Silla de rueda común o especial.....6  
Prótesis u ortésis.....7  
Programas informáticos adaptados para leer, escribir, etc.....8  
Otro tipo de ayuda técnica.....9  
No tiene y no usa ninguna ayuda técnica y/o apoyo..10 → **A pregunta D 13**

- D12** ¿Quién cubre la mayor parte del costo de las ayudas técnicas y/o apoyos que tiene y usa? (E-S)
- PAMI.....1  
PROFE.....2  
Una obra social.....3  
Un plan de medicina prepaga / mutual.....4  
Cobertura de salud porteña.....5  
CESAC (Centro de Salud Comunitario) o salita de salud.....6 → **A pregunta D 14**  
Banco de elementos ortopédicos.....7  
El hospital público (estatal).....8  
El establecimiento escolar.....9  
El presupuesto familiar.....10  
Otro.....11

## SOLO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE NECESITAN AYUDAS TÉCNICAS O APOYOS PERO NO TIENEN Y NO USAN

- D13** ¿Cuál es el motivo principal por el que no tiene y no usa ayudas técnicas y/o apoyos? (E-S)
- Porque la obra social/mutual/ prepaga no da respuesta..1  
Porque no sabe qué trámites tiene que hacer o dónde debe solicitarlo.....2  
El establecimiento escolar no lo cubre/no lo brinda ..3  
Porque el Banco de elementos ortopédicos no se lo cubre.....4  
Porque no hay un programa público que lo brinde ....5  
No lo puede pagar con el presupuesto del hogar.....6  
Otros motivos.....7

## ACCESO A LA ASISTENCIA Y AYUDA DE PERSONAS

- D14** A causa de la discapacidad, ¿necesita ser asistido o ayudado habitualmente por otra persona para... (G-M)
- Comer / beber?.....1  
Lavarse / cuidar de su aspecto?.....2  
Realizar las tareas domésticas?.....3  
Realizar compras e ir a lugares?.....4  
Viajar en transporte público?.....5  
No necesita ser asistido o ayudado para ninguna de las actividades.....6 → **A filtro 1**

<b>D15</b> ¿Recibe la asistencia o la ayuda que necesita habitualmente de otra persona?	Si.....	1	<b>→ A pregunta D 17</b>
	No.....	2	

<b>D16</b> ¿Quién cubre la mayor parte de la asistencia o ayuda que recibe habitualmente de otra persona? (E-S)	PAMI.....	1	<b>→ A filtro 1</b>
	PROFE.....	2	
	Una obra social.....	3	
	Un plan de medicina prepaga / mutual.....	4	
	Cobertura de salud porteña.....	5	
	Algún programa del Estado.....	6	
	Un familiar o amigo que no cobra.....	7	
	El presupuesto familiar.....	8	
	Otro.....	9	

**SOLO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE NECESITAN ASISTENCIA O AYUDA HABITUAL DE OTRA PERSONA PERO NO LA RECIBEN**

<b>D17</b> ¿Cuál es el motivo principal por el que no recibe la asistencia o la ayuda habitual de otra persona para realizar las actividades cotidianas?	Porque la obra social/mutual/ prepaga no le da respuesta.....	1
	Porque no sabe qué trámites tiene que hacer o dónde debe solicitarlo.....	2
	Porque no hay un programa público que lo brinde....	3
	No tiene un familiar o amigo que lo asista.....	4
	No lo puede pagar con el presupuesto del hogar.....	5
	Otros motivos.....	6

**FILTRO 1:  
SÓLO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN ACTUALMENTE A EDUCACIÓN COMÚN (CUESTIONARIO I1. Pregunta E6 ≠ 5 ó 6. Resto pase a Filtro 3)**

**ACCESO A LA EDUCACIÓN Y APOYO EDUCATIVO**

<b>D18</b> A causa de la discapacidad, ¿Necesita apoyos para la integración educativa? (de algún personal especializado)	Si.....	1	<b>→ A filtro 2</b>
	No.....	2	

<b>D19</b> ¿Recibe el apoyo que necesita para la integración educativa? (de algún personal especializado)	Si.....	1	<b>→ A pregunta D 21</b>
	No.....	2	

**SÓLO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE RECIBEN APOYO PARA LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA**

<b>D20</b> ¿Quién cubre la mayor parte del costo del apoyo a la integración educativa? (E-S)	Una obra social.....	1	<b>→ A filtro 2</b>
	Una mutual.....	2	
	El establecimiento escolar.....	3	
	El presupuesto familiar.....	4	
	Otro.....	5	

**SÓLO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE NECESITAN Y NO RECIBEN APOYO PARA LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA**

<b>D21</b> ¿Cuál es el motivo principal por el que no recibe apoyo para la integración educativa? (E-S)	Porque la obra social/mutual/prepaga dice que no lo cubre.....	1
	Porque la obra social/mutual/ prepaga no da respuesta.....	2
	Porque no sabe qué tipo de apoyo necesita.....	3
	Porque no sabe qué trámites tiene que hacer o dónde debe solicitarlo.....	4
	Porque el establecimiento escolar no se lo permite..	5
	Otro motivo.....	6

**FILTRO 2:**  
**SÓLO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN ACTUALMENTE A EDUCACIÓN ESPECIAL (Cuestionario I1 Pregunta E6 = 5 ó 6).**

**D22** ¿Intentó conseguir vacante en la escuela común? Si.....1  
No.....2

**ACCESO AL TRABAJO**

**FILTRO 3:**  
**SÓLO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD OCUPADAS (Cuestionario I1 Pregunta T35 = 1 ó 2).**  
**Resto Pase a FILTRO 5**

**PARA TODAS LAS PERSONAS OCUPADAS**

**D23** A causa de la discapacidad, ¿Necesita apoyos para trabajar? Si.....1  
No.....2 → **A filtro 4**

**D24** ¿Recibe los apoyos que necesita para trabajar? Si.....1  
No.....2

**FILTRO 4:**  
**SÓLO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD OCUPADAS DEL SECTOR PÚBLICO (Cuestionario I1 Pregunta T38 = 1).**  
**Resto Pase a pregunta D 27**

**D25** ¿Ingresó por la ley de cupo? Si.....1  
No.....2 } → **A pregunta D 27**

**FILTRO 5:**  
**SÓLO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INACTIVAS (Cuestionario I1 Pregunta T13 = 1 ó 2)**  
**Resto Pase a pregunta D 27.**

**D26** ¿Cuál es el motivo principal por el que no buscó trabajo? (G-S)

- Porque piensa que no va a encontrar trabajo/ se cansó de buscar trabajo .....1
- Porque no hay trabajo para las personas con discapacidad .....2
- Porque considera que no está lo suficientemente preparado/a .....3
- Por problemas de accesibilidad en la vía pública, edificios, establecimientos, etc. ....4
- Porque cobra una pensión por discapacidad o un subsidio y no quiere perderlo o suspenderlo .....5
- Porque todavía está estudiando .....6
- Otro motivo .....7

**D27** ¿Conoce a la actual COPIDIS (*Comisión para la Plena Inclusión de las Personas con Discapacidad*) ex COPINE? Si.....1  
No.....2

