



Encuesta de Salud Financiera de Trabajador-Propietario

Encuesta de Empoderamiento Financiero de
las Cooperativas de NYC

Historial Financiero

1. ¿Tiene usted una cuenta de cheques?

- Sí
- No

2. ¿Tiene usted una cuenta de ahorros?

- Sí
- No

3. Si usted no tiene una cuenta en el banco, ¿cuál es la razón? Por favor seleccione todo lo que aplique.

- Tengo juicios o embargos
- Experiencia bancaria negativa
- Es difícil mantener un saldo mínimo
- Otros. Si Otros, por favor especifique.

4. ¿Sabe usted su puntaje de crédito?

- Sí
- No
- No sé qué significa puntaje de crédito.

5. ¿Tiene usted seguro médico? Por favor seleccione todo lo que aplique.

- No
- Sí, por medio de mi cooperativa
- Sí, público, de la Ciudad, Estatal o Federal
- Sí, yo mismo lo compré

Encuesta de Salud Financiera de Trabajador-Propietario

6. ¿Tiene un celular inteligente?

Sí

No

7. ¿Tiene acceso a internet en casa o en el trabajo que esté disponible para su uso personal?

No

Sí, en casa

Sí, en el trabajo.

Sí, en casa y el trabajo

8. ¿Cuál es su ingreso familiar semanal, después de impuestos? Los estimados están bien.

Menos de \$199

\$200-\$399

\$400-\$599

\$600-\$799

\$800-\$999

\$1000 o más

9. ¿Cuáles son las fuentes de sus ingresos? Por favor, seleccione todo lo que aplique.

Los salarios de cooperativa

Salarios de otro trabajo

Beneficios Públicos (TANF, EBT, SNAP, etc.)

Seguridad Social

Seguro de Desempleo

Encuesta de Salud Financiera de Trabajador-Propietario

10. ¿Cuánto tiene de ahorro en total? (ej.: para el retiro, educación, efectivo.)

- \$0
- \$1 - \$999
- \$1000 - \$4,999
- \$5,000 - \$9,999
- 10,000 - \$19,999
- \$20,999 - \$29,999
- \$30,000 o más

11. ¿Hay algo para lo que este ahorrando ahora mismo? Por favor seleccione todo lo que aplique.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comprar casa / apartamento en EEUU | <input type="checkbox"/> Negocios en el país de origen |
| <input type="checkbox"/> Comprar casa / departamento en el país de origen que no sea EEUU | <input type="checkbox"/> Jubilación |
| <input type="checkbox"/> Alquilar un apartamento mejor | <input type="checkbox"/> Fiesta / Celebración |
| <input type="checkbox"/> Hacer mejoras en el hogar | <input type="checkbox"/> Fondo de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Educación para mí | <input type="checkbox"/> En caso de que pierda mi trabajo |
| <input type="checkbox"/> Educación para otros miembros de la familia | <input type="checkbox"/> Salud / Medicina |
| <input type="checkbox"/> Negocios en los Estados Unidos, (ej. Para invertir en equipo o espacio) | <input type="checkbox"/> Otros. Si Otros, por favor explique. |

12. ¿Cuánto tiene usted en total de deudas?

- \$0
- \$1-\$999
- \$1,000-\$4,999
- \$5,000-\$9,999

Encuesta de Salud Financiera de Trabajador-Propietario

13. ¿Cuáles son las fuentes de sus deudas? Por favor seleccione todo lo que aplique.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipoteca | <input type="checkbox"/> Gastos médicos |
| <input type="checkbox"/> Renta adeudada | <input type="checkbox"/> Relacionado al negocio |
| <input type="checkbox"/> Carro | <input type="checkbox"/> Gastos legales |
| <input type="checkbox"/> Cuidado del hijo(a) | <input type="checkbox"/> Otros. Si otro, por favor especifique. |
| <input type="checkbox"/> Deudas de consumidor (tarjetas de crédito) | |

14. Por favor, indique su acuerdo con las siguientes declaraciones.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	Disacuerdo	Muy desacuerdo
Estoy corto de efectivo antes del día de pago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy incapaz de cumplir con mis necesidades financieras actuales con mi ingreso actual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy preocupado por mis finanzas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento en control de mis finanzas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Servicios Financieros

15. ¿Ha recibido usted alguna vez entrenamiento o ayuda en la planificación de sus finanzas?

Sí

No

16. ¿Ha tomado usted alguna vez una clase o taller de finanzas personales?

Sí

No

Si sí, díganos por favor el nombre del taller o un poco sobre su contenido.

17. ¿Ha declarado usted impuestos alguna vez?

Sí

No

18. ¿Estaría interesado/a en recibir los servicios de preparación de impuestos gratis?

Sí

No

Yo ya recibo servicios de preparación de impuestos gratis. (Si usted ya recibe este servicio, por favor indique quien le presta este servicio, por ejemplo, su empleador, una organización no lucrativa, la Ciudad, etc.)

19. ¿Estaría interesado/a en recibir asistencia con las aplicaciones de beneficios, por ejemplo EBT /SNAP y Medicaid?

No elegible / No se puede acceder

Sí

No

Yo ya recibo asistencia gratuita. (Si usted ya recibe asistencia, por favor indique quien presta este servicio, por ejemplo, su empleador, una organización no lucrativa, la Ciudad, etc.)

20. ¿En qué tipo de asistencia financiera personal estaría usted interesado/a? Por favor seleccione todo lo que aplique.

El uso de los servicios bancarios, como una cuenta bancaria, tarjeta de cajero automático

El depósito directo del cheque de pago

Presupuesto: cómo reducir gastos, mejorar el flujo de efectivo, hacer un presupuesto

Mejorar el puntaje de crédito / Comenzar a construir crédito

Obtener una tarjeta de crédito

Obtener un préstamo (que no sea la compra de vivienda)

Asistencia sobre propiedad de vivienda

La asistencia de reducción de deudas

Servicios de ahorro para el retiro, la educación, las situaciones de emergencia, etc.

Ejecución hipotecaria / prevención de desalojo

Préstamo para gastos relacionados con el proceso de mi estado migratorio (aplicaciones, cuota de abogado, estacionamiento)

Otros. Si Otros, por favor especifique.

21. ¿Ha usted escuchado o utilizado algunos de los siguientes servicios?

	No he escuchado sobre este programa	Sí he escuchado sobre este programa	He utilizado o estoy usando este programa
VITA: Asistencia Voluntaria de los Impuestos de Ingresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SaveUSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crédito Por Ingreso del Trabajo (EITC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$aveNYC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de Autosuficiencia Familiar (Departamento de Vivienda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuentas de comienzos seguros de NYC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prácticas actuales de la Cooperativa

22. ¿Ofrece su cooperativa alguna de las siguientes opciones? Por favor seleccione todo lo que aplique.

- Capacitación sobre el negocio
- Capacitación sobre las finanzas personales
- Cuenta de retiro
- Paga un salario digno
- Una estructura de retención de patrocinio (cuentas de capital interno)
- Depósito directo
- Apoyo en el acceso a otros beneficios, como SNAP, Medicaid, etc.
- El acceso a servicios bancarios, (ej.: cuenta bancaria)
- Asistencia de reducción de deuda
- Programa de préstamos pequeños
- Servicios de impuestos para las declaraciones individuales
- Otros. Si Otros, por favor especifique.

23. ¿Cómo recibe sus ingresos de la cooperativa?

- Efectivo
- Tarjetas prepagas
- Depósito directo
- Cheque cobrado en el cajero
- Cheque que deposita en el banco
- Otros. Si Otros, por favor especifique.

24. ¿Cuánto tiempo ha trabajado en su cooperativa?

- Menos de 6 meses
- 7-12 meses
- 1-2 años
- 2-5 años
- 5 años o más

Write-in Questions (Optional)

25. ¿Cuál es su reto financiero más grande en este momento?

26. ¿Cuál es su objetivo financiero más importante en este momento? Puede hacer generalizaciones como "ahorrar dinero", o especificaciones como "ahorrar dinero para mi educación."

27. Cómo el ser dueño asociado de su cooperativa le ayuda a alcanzar sus metas financieras?

Demographics

26. Si el inglés no es su lengua materna, ¿cómo describiría su nivel de inglés?

- Ninguno / muy poco
- Básico
- Intermedio
- Avanzado
- Fluido / Case Fluido

27. ¿Que edad tienes?

- Menor de 18
- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- Mayor de 55

28. ¿Por cuánto tiempo ha vivido en los Estados Unidos?

- Yo nací aquí, he vivido la mayoría o toda mi vida en los Estados Unidos
- Menos de 1 año
- 1-5 años
- 5-10 años
- Más de 10 años

29. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su estatus migratorio en los EE.UU.?

Esta información, junto con toda la encuesta se mantendrá confidencial.

- Ciudadano de los Estados Unidos
- Residente de los Estados Unidos (tarjeta de residencia)
- Visa actualizada
- Indocumentado(a)
- Prefiero no responder
- Otros. Si otro, por favor especifique.

30. ¿Cuál es su género?

- Mujer
- Hombre
- Otro
- Prefiero no responder
- Si otro, por favor especifique: _____

31. ¿Qué es su raza?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Asiática/Hindú | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Samoa |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afro-
Americana | <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Vietnamés | <input type="checkbox"/> De otras islas del
Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Latina | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Otra raza Asiática | <input type="checkbox"/> Prefiero no
responder |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o
Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Guameña o
Chamorra | <input type="checkbox"/> Alguna otra raza. |

32. ¿Cuál es el tamaño de su hogar (número de personas en el), incluyéndose a usted?

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 8 o más |

33. ¿Cuál es el nivel más alto de su educación?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menor al de la escuela secundaria /preparatoria / bachillerato | <input type="checkbox"/> Universidad de 4 años |
| <input type="checkbox"/> Graduado (a) de la escuela secundaria / preparatoria / bachillerato | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> Universidad de 2 años | <input type="checkbox"/> Menor al del nivel universitario, fuera de los Estados Unidos |
| <input type="checkbox"/> Escuela vocacional, de negocios, tecnológica | <input type="checkbox"/> Nivel universitario o superior, fuera de los Estados Unidos |

Gracias