

Encuesta estatal de usuarios de despensas de alimentos de Minnesota

¡Está invitado a participar en una encuesta a nivel estatal sobre los usuarios de los despensas de alimentos en toda Minnesota! Esta encuesta nos ayudará a comprender mejor las necesidades y preferencias de los usuarios, para apoyar los programas de alimentos de este y otros despensas de alimentos.

Esta encuesta se realiza en alianza entre el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota, Hunger Solutions Minnesota, SuperShelf y la Universidad de Minnesota.

Esta encuesta es voluntaria. No tiene que contestarla si no lo desea. Seguirá recibiendo alimentos, incluso si elige no participar.

Si acepta responderla, le tomará aproximadamente 10 minutos. Le pediremos que:

- ✓ Llene la encuesta hoy durante su visita
- ✓ Coloque la encuesta completada en un sobre blanco
- ✓ Entregue el sobre cerrado a la persona designada o la deje un en lugar del banco de alimentos

Por favor, conserve esta hoja informativa sobre la encuesta en su archivo.

¡Gracias por participar!

Su privacidad y anonimato estarán protegidos.

Los registros de esta encuesta permanecerán privados y almacenados de manera segura. En **ninguno** de los informes, que lleguemos a crear o publicar, incluiremos información que haga posible identificarlo. Las respuestas a preguntas abiertas podrán ser citadas en los informes, pero serán anónimas. Las respuestas no serán relacionadas con ninguna persona específica.

Esta encuesta es voluntaria.

Su decisión de participar o no en la encuesta **no** afectará su relación actual o futura con el banco de alimentos, el Estado de Minnesota, Hunger Solutions, la Universidad de Minnesota, SuperShelf ni cualquiera de los demás servicios que recibe. Si decide participar, está en libertad de no responder cualquiera de las preguntas sin afectar dichas relaciones.

Si tiene preguntas, o desea comunicarse con alguien...

Esta encuesta está siendo coordinada por Caitlin Caspi de la Universidad de Minnesota. Si posteriormente tiene preguntas, **lo animamos a** que se comunique con ella a:

717 Delaware St SE, Suite 166
Minneapolis, MN 55414
supershelf@umn.edu
[612-626-7074](tel:612-626-7074)

Esta encuesta ha sido revisada y aprobada por un Consejo de Revisión Institucional del Programa de Protección de Investigaciones Humanas (HRPP) de la Universidad de Minnesota. Para compartir comentarios en privado con el HRPP sobre su experiencia con la encuesta, llame a la línea de Defensa de Participantes en Investigaciones al teléfono 612-625-1650 o visite <https://research.umn.edu/units/hrpp/research-participants/questions-concerns>.

La encuesta comienza en página 3.

Encuesta Estatal sobre la Despensa de Alimentos de Minnesota 2019-2020**SOBRE LA DESPENSA DE ALIMENTOS**

1) ¿Con qué frecuencia visita esta despensa de alimentos? **Seleccione una respuesta.**

- Una vez a la semana o más
- Varias veces a la semana
- Una vez al mes
- Cada dos meses
- Varias veces al año
- Una vez al año o menos
- Esta es mi primera vez
- Prefiero no responder

2) ¿Desde cuándo visita esta despensa? **Seleccione una respuesta.**

- Primera vez
- Hace un mes
- Hace seis meses
- Hace un año
- Hace más de un año
- Prefiero no responder

3) ¿Es el horario oportuno para usted? **Seleccione una respuesta.**

- Sí NO Prefiero no responder

4) ¿Qué tan lejos tiene que viajar para llegar despensa? **Seleccione una respuesta.**

- Menos de una milla
- Entre 1 y 5 millas
- Entre 5 y 20 millas
- Entre 20 y 40 millas
- Más de 40 millas
- Prefiero no responder

5) ¿Puede elegir sus propios alimentos en esta despensa? **Seleccione una respuesta.**

- Sí NO Prefiero no responder

6) Responda a lo siguiente: **Seleccione una respuesta.**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	En total desacuerdo	Prefiero no responder
Recomendaría esta despensa a amigos, familiares o conocidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Responda Sí o No a lo siguiente: **Seleccione una respuesta por fila.**

	SÍ	NO	Prefiero no responder
a. En mi hogar se sabe cómo preparar frutas y verduras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Si pudiera me gustaría que mi familia comiera más frutas y verduras frescas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. En mi hogar se sabe planificar y preparar comidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) ¿De los siguientes alimentos, cuáles son importantes para usted en la despesa? **Seleccione todas las respuestas convenientes.**

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frutas y verduras frescas | <input type="checkbox"/> Carne, pollo y pescado | <input type="checkbox"/> Elementos de cocina (aceite, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Frutas y verduras embazadas | <input type="checkbox"/> Frutas secas | <input type="checkbox"/> Frijoles secos y enlatados |
| <input type="checkbox"/> Granos enteros (arroz integral, pan integral y pasta integral) | <input type="checkbox"/> Pan blanco (pan rebanado, pan para hot-dogs, pan para hamburguesas) | <input type="checkbox"/> Granos simples, no enteros (tortillas de harina blanca, pasta no entera, arroz blanco) |
| <input type="checkbox"/> Lácteos (leche, queso y yogur) | <input type="checkbox"/> Huevos | <input type="checkbox"/> Sopa |
| <input type="checkbox"/> Productos no lácteos (leche o queso no lácteo y yogur) | <input type="checkbox"/> Comidas enlatadas o en cajas (ravioli, hamburguesa, macarrones con queso) | <input type="checkbox"/> Pastelería (donuts, pasteles, galletas) |
| <input type="checkbox"/> Mantequilla de cacahuete | <input type="checkbox"/> Papas fritas | <input type="checkbox"/> Dulces |
| <input type="checkbox"/> Frutas y verduras secas | <input type="checkbox"/> Refrescos | |
| <input type="checkbox"/> Comida específica de una cultura(Proporcionar ejemplos)_____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Proporcionar ejemplos)_____ | | |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | |

9) ¿Están siempre disponibles estos alimentos en la despesa? **Seleccione sus respuestas.**

	Siempre	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca	Sin respuesta/ No seguro
a. Carne, pollo y pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lácteos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Frutas y verduras frescas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Elementos de cocina (especias, aceite, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) ¿Considerando su experiencia en esta despesa de alimentos, qué tres cosas son las más importantes para usted?
Seleccione 3 opciones.

- La selección de alimentos es sencilla
- Yo elijo mi comida
- Diversidad de alimentos
- La comida parece fresca y apetecible
- Encuentro comida de mi cultura
- En la despesa se habla mi idioma o disponen de alguien que lo hable
- Entiendo los signos e instrucciones de la despesa
- Los voluntarios y el personal me hacen sentir bien
- Existe una zona de espera agradable
- El tiempo de espera es razonable
- Los voluntarios o el personal escuchan lo que necesito y me responden
- Otro _____
- Prefiero no responder

11) ¿Qué tan frecuente experimenta lo siguiente en esta despesa? **Seleccione sus respuestas.**

	Siempre	A veces	Nunca	Prefiero no responder
a. El proceso para seleccionar es sencillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Puedo seleccionar mi propia comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hay una gran variedad de comida disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. La comida parece fresca y apetecible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Encuentro comida de mi cultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. En la despesa se habla mi idioma o disponen de alguien que lo hable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Entiendo los signos e instrucciones de la despesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Los voluntarios y el personal me hacen sentir bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Existe una zona de espera agradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. El tiempo de espera es razonable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Los voluntarios o el personal escuchan lo que necesito y responden a mis preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prefiero no responder

RECURSOS ALIMENTARIOS

12) Responda SÍ o NO a lo siguiente: En los últimos **12 meses** me preocupó el quedarnos sin comida antes de conseguir dinero para más.

- SÍ NO Prefiero no responder

13) Responda SÍ o NO a lo siguiente: En los últimos **12 meses** la comida que compramos no nos duro y no pudimos comprar más por falta de dinero

- SÍ NO Prefiero no responder

14) Piense en toda fruta y verdura que trae a casa (de cualquier sitio). ¿Cuántas fueron de esta despesa? **Seleccione sus respuestas.**

- | | Ninguna | Menos de la mitad | La mitad | Más de la mitad | Toda | Prefiero no responder |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. En el último mes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En los últimos 6 meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15) Piense en toda la comida que trae a casa (de cualquier sitio). ¿Cuánta fué de esta despesa? **Seleccione sus respuestas.**

- | | Ninguna | Menos de la mitad | La mitad | Más de la mitad | Toda | Prefiero no responder |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. En el último mes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En los últimos 6 meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16) ¿De qué otros lugares obtiene comida normalmente? **Seleccione sus respuestas.**

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Supermercados | <input type="checkbox"/> Tiendas de barrio | <input type="checkbox"/> Familia o amigos |
| <input type="checkbox"/> Tiendas de a 1 dólar | <input type="checkbox"/> Máquinas expendedoras | <input type="checkbox"/> Restaurantes o para llevar |
| <input type="checkbox"/> Gasolineras | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | |
| | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

17) ¿Ha hecho uso de SNAP/EBT en los últimos 12 meses? **Seleccione una respuesta.**

- SÍ NO Prefiero no responder

18) ¿Qué otros recursos alimentarios ha usado en los últimos 12 meses? **Seleccione sus respuestas.**

- Market Bucks
- WIC (Women, Infants and Children program)
- NAPS (Nutrition Assistance Program for Seniors)
- Programas alimentarios (Meals on Wheels, etc.)
- Otras despensas de alimentos además de esta
- Ruby's Pantry
- Comidas escolares (precios reducidos, desayuno gratis)
- Fare for All or Twin Cities Mobile Market
- Ninguno de las anteriores
- Prefiero no responder

19) ¿Obtiene comida suficiente para cubrir las necesidades de su hogar con todos los recursos disponibles para usted, incluyendo esta despensa? **Seleccione una respuesta.**

- Sí NO Prefiero no responder

20) ¿Ha tenido que elegir entre comprar comida o pagar algo de lo siguiente en el último año?

Seleccione sus respuestas.

- Servicios públicos (electricidad, etc)
- Transporte
- Asistencia médica o medicamentos
- Vivienda
- Educación
- No/No se aplica
- Prefiero no responder

USTED Y SU HOGAR

21) ¿De dónde percibe ingresos normalmente para su familia? **Seleccione sus respuestas**

- Trabajo pagado
- Subsidio por desempleo
- Seguro social
- Subsidio por discapacidad
- Minnesota Family Investment Program (MFIP)
- Asistencia general (GA)
- Manutención infantil
- Otro _____
- Prefiero no responder

22) ¿Ha dicho alguna vez un doctor algo de lo siguiente sobre usted o su familia? **Seleccione sus respuestas.**

	SÍ	NO	No respuesta/No seguro
a. Debería perder peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tiene presión alta o hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tiene el colesterol alto o hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tiene problemas cardiacos o enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tiene diabetes (incluyendo nivel alto de azúcar en la sangre o pre-diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23) ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndose a usted?

_____ Prefiero no responder

24) ¿Cuántos menores de edad viven en su hogar (menos de 18 años)?

_____ Prefiero no responder

25) ¿Cuántas personas de avanzada edad (mayores de 65) viven en su hogar, incluyéndose fuera usted si es un adulto mayor de 65?

_____ Prefiero no responder

26) ¿Cuál es su género?

_____ Prefiero no responder

27) ¿Cuál es su origen racial? **Seleccione sus respuestas.**

- Nativo de Alaska
- Asiático, incluyendo el Sudeste Asiático
- Africano (Somalia, Etiopía, Eritrea, etc.)
- Negro, Afroamericano
- Hispano, latino
- Nativo americano
- Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
- Blanco, caucásico
- _____
- Prefiero no responder

Nos gustaría que respondiera a algunas preguntas adicionales para conocer su historia.

28) ¿Por qué la despensa de alimentos es importante para usted?

29) ¿Qué le gustaría que cambiara de la despensa de alimentos?

¡Gracias por responder a esta encuesta!