

CUESTIONARIO DE CONSULTA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

DATOS GENERALES	
1. Nombre completo	
2. Municipio	
3. Edad	
4. Mi género	Hombre <input type="checkbox"/>
	Mujer <input type="checkbox"/>
	No binario <input type="checkbox"/>
	Otro (Especifique) <input type="checkbox"/>
DATOS DE CONTACTO	
5. Teléfono de contacto	
5.1 El teléfono proporcionado ¿Cuenta con WhatsApp? 	Si <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
6. Correo electrónico	
7. ¿Por qué medio prefiere ser contactado/a?	 Llamada telefónica <input type="checkbox"/>
	 Mensaje de WhatsApp <input type="checkbox"/>
	 Correo electrónico <input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN GENERAL	
8. ¿Es usted una persona con discapacidad permanente?	Si <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>



8.1 (En caso afirmativo) ¿Qué tipo de discapacidad? <i>(Puede marcar una o varias opciones)</i>	Motriz	<input type="checkbox"/>
	Auditiva	<input type="checkbox"/>
	Visual	<input type="checkbox"/>
	Intelectual	<input type="checkbox"/>
	Psicosocial	<input type="checkbox"/>
	Persona de talla baja	<input type="checkbox"/>
	Otra (Indique cuál)	<input type="checkbox"/>
8.2. Para dar respuesta al presente Cuestionario ¿recibe apoyo de una persona?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Es usted familiar de una persona con discapacidad?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9.1 (En caso afirmativo) ¿Qué tipo de discapacidad? <i>(Puede marcar una o varias opciones)</i>	Motriz	<input type="checkbox"/>
	Auditiva	<input type="checkbox"/>
	Visual	<input type="checkbox"/>
	Intelectual	<input type="checkbox"/>
	Psicosocial	<input type="checkbox"/>
	Persona de talle baja	<input type="checkbox"/>
	Otra (Indique cuál)	<input type="checkbox"/>
10. ¿Es usted integrante o representante de una asociación o agrupación de personas con discapacidad?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10.1. (En caso afirmativo) Indique el nombre de la asociación o agrupación		
11. ¿Es usted una persona que trabaja por y para las personas con discapacidad?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



12. ¿Es usted especialista en temas relacionados con discapacidad?	Si <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
13. ¿Está usted a cargo del cuidado de una persona con discapacidad?	Si <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>



INFORMACIÓN A CONSULTAR

1. ACREDITACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

1.1. ¿De qué forma o con qué documento consideras que podría acreditar la situación de discapacidad de una persona?

(Puede marcar una o varias opciones)

Credencial para personas con discapacidad permanente emitido por el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán (DIF)

Certificado de Discapacidad permanente emitido por autoridades de salud estatales o federales (IMSS, ISSSTE, Hospital Militar, Secretaría de Salud del estado de Yucatán)

Dictamen Médico de Institución Pública que conste sobre una condición de discapacidad permanente

Constancia Médica de Institución Pública que conste sobre una condición de discapacidad permanente

Otro (Especifique cuál):

1.2. ¿Qué autoridades conoces que expidan el documento para acreditar la situación de discapacidad de una persona?

(Puede marcar una o más opciones)

Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán (DIF)

Secretaría de Salud del Estado de Yucatán (SSY)

Doctoras o Doctores especialistas en temas de discapacidad

Centros de Atención Múltiple (CAM)

Otra (Especifique cuál):



2. PARA EL REGISTRO DE LAS CANDIDATURAS

2.1 Para los cargos de Diputaciones y Ayuntamientos del Estado ¿qué elementos consideras son más importantes para representación de las personas con discapacidad? *(Marcar solo una opción)*

Los municipios o distritos con mayor población con discapacidad

El porcentaje de población con discapacidad a nivel estatal

Otros elementos (especifique):

3. PARA PROMOVER LA PARTICIPACIÓN Y REPRESENTACIÓN POLÍTICA

3.1. ¿Cuáles podrían ser algunas propuestas o acciones para promover la participación y representación política de las personas con discapacidad en Yucatán? *(Puede marcar más de una)*

Impulsar la participación de las personas con discapacidad en los partidos políticos

Realizar foros o eventos sobre participación y representación política dirigidos a personas con discapacidad

Capacitación de las personas con discapacidad a través de las organizaciones de la sociedad civil en la materia

Sensibilización a partidos políticos en temas de discapacidad

Otra (especifique cuál):



4. COMENTARIOS U OBSERVACIONES ADICIONALES**Nombre y Firma o Huella**

Declaro de buena fe y bajo protesta de decir verdad que toda la información que proporcione con motivo del presente Cuestionario es veraz y libre de vicios o coacción alguna.

Instituto Electoral y Participación Ciudadana de Yucatán, con domicilio en Calle 21 núm. 418 por 22 y 22 A de la Colonia Cd. Industrial, Mérida, Yucatán, a través la Unidad de Igualdad de Género y No Discriminación del IEPAC, es responsable del uso, protección y tratamiento de los datos personales que sean recabados. Los datos que recabe el Instituto Electoral serán única y exclusivamente utilizados atendiendo a: Ejecutar la metodología para la Consulta estrecha y de participación activa de personas con discapacidad esto con el fin de obtener las opiniones, propuestas y planteamientos por parte de las personas con discapacidad en el estado de Yucatán, sobre los criterios idóneos y mecanismos en materia de representación político electoral, lo cual dará sustento a las medidas administrativas que en su momento pueda llegar a aprobar la Autoridad Responsable. Si desea conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral lo podrá consultar a través del siguiente hipervínculo: <https://www.iepac.mx/avisos-de-privacidad/> o bien de manera presencial en nuestras instalaciones.

