

INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO PARA LA SELECCIÓN (LB) Yo Trabajo y Yo Trabajo Jóvenes – 2020

A. DATOS GENERALES DEL PROYECTO

a.1 CÓDIGO DEL PROYECTO	a.2 FOLIO	a.3 FECHA DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO			a.4 PROGRAMA AL QUE POSTULA	
		Día (dd)	Mes (mm)	Año (aa)	<input type="checkbox"/> YO TRABAJO	<input type="checkbox"/> YO TRABAJO JÓVENES

a.5 IDENTIFIQUE INSTITUCIÓN EN CONVENIO

<input type="checkbox"/> Gendarmería	<input type="checkbox"/> SENADIS	<input type="checkbox"/> Teletón	<input type="checkbox"/> Prodemu	<input type="checkbox"/> Afectado por emergencia	<input type="checkbox"/> SENAME	<input type="checkbox"/> Otros ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> Ninguno
--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--	---------------------------------	---	----------------------------------

B. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EJECUTORA

b.1 RUT INSTITUCIÓN EJECUTORA	b.2 NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA

b.3 RUN ENCUESTADOR/A	b.4 NOMBRE COMPLETO ENCUESTADOR/A

b.5 CORREO ELECTRÓNICO ENCUESTADOR/A

C. IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE

c.1 RUN	c.2 FECHA DE NACIMIENTO
	DÍA MES AÑO

c.3 NOMBRES	c.4 APELLIDO PATERNO	c.5 APELLIDO MATERNO

c.6 DIRECCIÓN	c.7 COMUNA	c.8 LOCALIDAD (si corresponde)

c.9 REGIÓN	c.10 ZONA GEOGRÁFICA (marque con una x)	
	<input type="checkbox"/> Urbana	<input type="checkbox"/> Rural

c.11 ¿CUÁL ES SU ESTADO CONYUGAL O CIVIL ACTUAL? (marque con una x)		
<input type="checkbox"/> Soltero (a)	<input type="checkbox"/> Separado (a)	<input type="checkbox"/> Anulado (a)
<input type="checkbox"/> Casado (a)	<input type="checkbox"/> Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> Viudo (a)
<input type="checkbox"/> Conviviente		

c.12.1 TELÉFONO FIJO	c.12.2 TELÉFONO CELULAR

c.13 CORREO ELECTRÓNICO POSTULANTE

D. PERFIL DEL POSTULANTE

d.1 ¿Cuántas personas viven habitualmente en este hogar, incluido/a usted? Indique con números.

d.3 ¿Cuántas integrantes del hogar, mayores de 15 años, trabajan o realizan alguna actividad laboral que genere ingresos? Indique con números.

d.2 ¿Qué relación tiene usted con el/la jefe/a de este hogar? (marque con una x)
<input type="checkbox"/> Soy jefe(a) de hogar
<input type="checkbox"/> Espos(a) o pareja
<input type="checkbox"/> Hijo(a)
<input type="checkbox"/> Hijo(a) del esposo/a o pareja
<input type="checkbox"/> Padre o madre
<input type="checkbox"/> Nieto(a)
<input type="checkbox"/> Otro familiar
<input type="checkbox"/> No familiar

d.4 Indique (con números) cuántos niños/jóvenes menores de 18 años tiene a cargo.

Edad	N°	Edad	N°
No tiene		9 años	
0 años		10 años	
1 año		11 años	
2 años		12 años	
3 años		13 años	
4 años		14 años	
5 años		15 años	
6 años		16 años	
7 años		17 años	
8 años			

d.6 ¿Cuál es su nacionalidad? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Chilena (exclusivamente)
<input type="checkbox"/>	Chilena y otra (doble nacionalidad)
<input type="checkbox"/>	Otra nacionalidad (extranjeros) Indique cuál <input type="text"/>

d.5 ¿Con quién dejaría a los niños que tiene a cargo si debiera ir a trabajar? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Con un familiar
<input type="checkbox"/>	Con un(a) vecino(a) o amigo(a)
<input type="checkbox"/>	Sala cuna, jardín infantil o establecimiento educacional
<input type="checkbox"/>	Otro lugar
<input type="checkbox"/>	Quedarían solos
<input type="checkbox"/>	Los llevaría al trabajo
<input type="checkbox"/>	No tendría con quien dejarlos
<input type="checkbox"/>	No aplica/No tiene niños a cargo.

d.7 En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas, ¿pertenece usted o es descendiente de alguno de ellos? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Aimara
<input type="checkbox"/>	Rapa-Nui o Pascuenses
<input type="checkbox"/>	Quechua
<input type="checkbox"/>	Mapuche
<input type="checkbox"/>	Atacameño (LiKan-Antai)
<input type="checkbox"/>	Collas
<input type="checkbox"/>	Kawashkar o Alacalufes
<input type="checkbox"/>	Yámana o Yagan
<input type="checkbox"/>	Diaguita
<input type="checkbox"/>	No pertenece a ningún pueblo indígena

d.8 ¿Asiste actualmente a un establecimiento educacional o se encuentra participando en algún programa de nivelación de estudios?? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

d.9 ¿Cuál es su nivel educacional más alto alcanzado o el nivel educacional actual? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Nunca asistió
<input type="checkbox"/>	Preescolar
<input type="checkbox"/>	Educación Especial (Diferencial)
<input type="checkbox"/>	Educación Básica
<input type="checkbox"/>	Educación Media Científico-Humanista
<input type="checkbox"/>	Educación Media Técnica Profesional
<input type="checkbox"/>	Técnico nivel superior incompleto (Carreras de 1 a 3 años)
<input type="checkbox"/>	Técnico nivel superior completo (Carreras de 1 a 3 años)
<input type="checkbox"/>	Profesional incompleto (carreras 4 a más años)
<input type="checkbox"/>	Profesional completo (carreras 4 o más años)

d.10 En ese nivel educacional, ¿Cuál fue el último curso que aprobó (para quienes no están estudiando) o que cursa actualmente (para los que están estudiando)?

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	3°	<input type="checkbox"/>	6°
<input type="checkbox"/>	1°	<input type="checkbox"/>	4°	<input type="checkbox"/>	7°
<input type="checkbox"/>	2°	<input type="checkbox"/>	5°	<input type="checkbox"/>	8°

d.11 Las siguientes preguntas indagán sobre dificultades que la persona podría tener para realizar ciertas actividades debido a su estado de salud. Marque con una x para cada una el nivel de dificultad.

	No, sin dificultad	Sí, algo de dificultad	Sí, mucha dificultad	No puede hacerlo
¿Tiene dificultad para ver incluso si lleva lentes?				
¿Tiene dificultad para oír incluso si utiliza un audífono?				
¿Tiene dificultad para caminar o para subir escaleras?				
¿Tiene dificultad para recordar o para concentrarse?				
¿Tiene dificultad en su cuidado personal como para asearse o vestirse?				
¿Tiene dificultad para comunicarse, por ejemplo, dificultad para comprender o ser comprendido por otros?				

d.12 ¿Está inscrito en el Registro Nacional de Discapacidad (RND)? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

d.13 ¿Tiene usted a su cargo personas en situación de discapacidad o dependencia moderada o severa? (dependencia por motivos de salud). Indique (con números) cuántos(as)

Rango de Edad	N°
Menor(es) de 18 años	
Entre 18 y 60 años	
Mayor(es) de 60 años	

d.14 ¿La vivienda donde usted vive, se sitúa en un campamento? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

d.15 ¿Usó internet durante los últimos 12 meses? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No (pase a pregunta d.17)

d.16 ¿Usó internet durante los últimos 12 meses para...? (responda sí o no para cada caso)

	Sí	No
a. Obtener información utilizando buscadores como Google y otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Informarse por prensa digital o redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Comunicación por email o correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Comunicación por redes sociales como Facebook, Twitter, WhatsApp y otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Entretenimiento (video juegos, películas, música, radio o televisión por la web)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Compra y venta de artículos y/o servicios por internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mejorar la comercialización de un producto o servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Buscar trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d.17 ¿Cuál es la razón principal por la que no hace uso de herramientas digitales a través de internet? (marque con una x sólo 1 alternativa)

<input type="checkbox"/>	Por falta de conocimiento
<input type="checkbox"/>	Porque no lo considera necesario
<input type="checkbox"/>	No le interesa
<input type="checkbox"/>	Alto costo del servicio de internet
<input type="checkbox"/>	No tiene acceso a internet
<input type="checkbox"/>	Otra

E. TRABAJO E INGRESOS

e.1 ¿Realiza actualmente algún trabajo o actividad laboral que le genere ingresos? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No (pase a pregunta e.5)

e.2 El trabajo o actividad laboral que usted realiza lo hace de manera... (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Dependiente (empleado)
<input type="checkbox"/>	Independiente o trabajador por cuenta propia

e.3 ¿Esta actividad es permanente durante todo el año? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sí (tengo trabajo durante todo el año)
<input type="checkbox"/>	No, sólo a veces de manera esporádica o por temporadas

e.4 ¿Qué tipo de contrato o acuerdo de trabajo tiene ud.? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	A plazo indefinido
<input type="checkbox"/>	A plazo fijo
<input type="checkbox"/>	A honorarios
<input type="checkbox"/>	Por faena (temporeros, otros)
<input type="checkbox"/>	No tiene contrato

e.5 ¿Buscó trabajo remunerado o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia (negocio o empresa) en las últimas cuatro semanas? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

e.6 ¿Cuántas semanas buscó o ha estado buscando trabajo? Indique en número de semanas.

<input type="text"/>

e.7 ¿Cuántos meses ha estado sin trabajo? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	De 0 a 2 meses
<input type="checkbox"/>	De 3 a 6 meses
<input type="checkbox"/>	De 7 a 9 meses
<input type="checkbox"/>	De 10 a 12 meses
<input type="checkbox"/>	Más de 1 año
<input type="checkbox"/>	Nunca he trabajado

e.8 ¿Ha trabajado alguna vez? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No (pase a pregunta e.16)

e.9 En su experiencia laboral previa, ¿Cómo consiguió ese trabajo? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Postulando por mi cuenta
<input type="checkbox"/>	Con ayuda de un familiar o pariente
<input type="checkbox"/>	Con ayuda de un amigo o conocido
<input type="checkbox"/>	Otra forma

e.10 Indique la actividad que realiza

<input type="text"/>

e.11 ¿Cuál es su actividad económica actual? (utilice anexo "códigos de actividad")

e.11.1 Sector de la economía	e.11.2 Código subsector o Rama (3 dígitos)	e.11.3 Código de Actividad (5 dígitos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e.12 ¿Tiene algún oficio?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Código oficio (3 dígitos)
<input type="checkbox"/>	No

e.13 ¿Cuál es ingreso líquido que recibe de su trabajo principal? Indique en que rango se ubica su ingreso.

<input type="checkbox"/>	Menos de \$240.800
<input type="checkbox"/>	Igual o más de \$240.800

e.14 ¿Cuál es el ingreso líquido total mensual que usted recibe producto de su trabajo o actividad principal? (si no recibe ingresos ponga 0 (cero))

\$

e.16 ¿Participa o ha participado en alguna capacitación laboral? (marque con una x)

Sí

No (pase a pregunta f.1)

e.15 ¿Cuál es el ingreso líquido total mensual que usted recibe por otros trabajos u ocupaciones, además de su ocupación principal (si no recibe ingresos ponga 0 (cero))

\$

e.17 ¿Cuál fue la duración de esa capacitación? (marque con una x)

Menos de 8 horas

Entre 8 y 40 horas

Igual o más de 41 horas

F. MOTIVACIÓN Y EXPECTATIVAS LABORALES

f.1 ¿Qué acciones ha realizado para encontrar trabajo? (marque con una x todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Ir a la municipalidad (OMIL)	<input type="checkbox"/> Recurrir a contactos personales (familiares, amigos, conocidos, etc.)
<input type="checkbox"/> Ir a agencias privadas de empleo o fundaciones	<input type="checkbox"/> Revisar avisos en medios de difusión presencial (local comercial, sede social, calle, otro)
<input type="checkbox"/> Revisar avisos en diarios o internet	<input type="checkbox"/> Otros medios

f.2 ¿Estaría dispuesto(a) a trabajar inmediatamente? (marque con una x)

Sí

No

f.3 ¿Cuál es su disponibilidad de horarios para trabajar?

f.3.1 DÍAS DE LA SEMANA		f.3.2 CANTIDAD HORAS	
<input type="checkbox"/>	Por turnos	<input type="checkbox"/>	Jornada completa
<input type="checkbox"/>	Cualquier día	<input type="checkbox"/>	Media jornada
<input type="checkbox"/>	Sólo fines de semana	<input type="checkbox"/>	Cuarto de jornada

f.4 ¿Cuál es su expectativa de ingreso mensual? (indique cuánto dinero espera recibir mensualmente)

\$

f.5 ¿Estaría dispuesto a nivelar sus estudios? (marque con una x)

Sí

Sí, pero no es mi prioridad

No

No necesito nivelar mis estudios

G. OBSTACULIZADORES

g.1 ¿Por qué motivo (s) no trabaja actualmente de manera dependiente? (marque con una x todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> No he buscado ese tipo de trabajo	<input type="checkbox"/> No tengo con quien dejar a los niños a mi cargo
<input type="checkbox"/> No me siento lo suficientemente capacitado o calificado para trabajar	<input type="checkbox"/> No tengo con quien dejar a adultos mayores o enfermos a mi cargo
<input type="checkbox"/> No he sido seleccionado en los trabajos a los que he postulado	<input type="checkbox"/> Un familiar se opone a que yo trabaje
<input type="checkbox"/> Estoy estudiando	<input type="checkbox"/> El trabajo queda muy lejos
<input type="checkbox"/> Mi salud me impide trabajar	<input type="checkbox"/> Las condiciones de trabajo son malas
<input type="checkbox"/> No lo necesito porque recibo otros ingresos (pensión, rentas, etc.)	<input type="checkbox"/> Otro motivo. ¿Cuál? _____

H. RESPONDE EL EJECUTOR

h.1 A su juicio, el postulante que acaba de entrevistar ¿posee el perfil requerido para recibir una intervención en el programa? (marque con una x)

Sí

No

h.2 Observaciones del Ejecutor

FIRMA ENCUESTADOR