



Dear DDS Family,

December 2022

The Connecticut Department of Developmental Services (DDS) is excited to share with you our ‘Moving On’ plan. The Moving On plan will assist people to have more choices in their life and do more for themselves. While still having the supports they need, the plan will help individuals to live, learn and work more on their own.

We want to know how you feel about a plan like this. I’m asking you to help us by answering the questions on the survey we have sent to you.

Answering this survey does not change your supports in any way. Any changes to your supports will be a choice made between you, your case manager, and your support people.

If you need help with the survey, please ask your support person or your local CT Family Support Network for help. They can also help if English or Spanish is not your first language.

Please do not put your name on the survey. No one will know your answers. Just answer how you feel about the questions.

When you are done, please put the survey in the envelope that was sent to you. We would ask you to fill out the survey as soon as possible but please mail it back at least **by January 30th**. The postage is already paid so you don’t need to put a stamp on it.

You can read below for more information or just start taking the survey right now! (Support members please read below)

Thank you for helping us!

Sincerely,  
Jordan

Jordan A. Scheff  
DDS Commissioner

---

If you would prefer, you can answer this survey electronically online at <https://www.surveymonkey.com/r/DDSindividuals>.

Family/support members – if you are completing for someone else, please answer on behalf of the individual served by DDS.

I also want to remind and invite you to the DDS Individual and Family virtual or in person update in January. You can learn more about the January update or the ARPA Transformation Initiative by visiting the DDS website at [portal.ct.gov/dds](http://portal.ct.gov/dds).

**Please also sign up for email updates to stay up to date on the project and other DDS news by clicking on “Subscribe for E-Updates” on the DDS website at [portal.ct.gov/dds](http://portal.ct.gov/dds).**

**2022 DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL SERVICES SURVEY**

1. The Connecticut Department of Developmental Services (DDS) is creating a Moving On plan for people to live and work more independently with the support they need.

Have you heard or read anything previously about the Moving On plan?

Yes (ANSWER QUESTION 1a and 1b)     No (SKIP TO QUESTION 2)

- 1a. How much have you read or heard about the DDS Moving On plan?

A Lot     Some     Just a Little

- 1b. Where did you hear of the DDS Moving On plan? \_\_\_\_\_

2. How do you feel about the Moving On plan providing more technologies and supports to people supported by DDS?

Like very much    Like a little    Dislike a little    Dislike very much    Not sure  
 😊     😊     ☹️     ☹️     ?

3. What is the main reason you like or dislike the Moving On plan? \_\_\_\_\_

4. How much do you think you could benefit from DDS supports and technologies that help you to live, learn and work on your own?

A Lot    Some    Not too much    Not at all    Not sure  
 😊     😊     ☹️     ☹️     ?

5. Below is a list of statements. In thinking about the Moving On plan, please tell us how much you agree or disagree with each statement: (PLEASE CHECK ONE FOR EACH LINE)

	Strongly Agree	Agree a little	Disagree a little	Strongly Disagree	Not Sure
Great chance for me to be more independent	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> ?
Concerned that this may be bad for me	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> ?

6. The goal of the Moving On plan is to allow you to be more independent in your living, learning or work. How much do you think this would change your life?

Greatly Improve    Improve a little    Worsen a little    Greatly Worsen    Not sure    **TURN OVER**  
 😊     😊     ☹️     ☹️     ?    ➔

7. As always, the Moving On plan will require that every plan meets each person's needs and goals. How does this make you feel?

- Much better      Somewhat better      Somewhat worse      Much worse      Not sure
- 😊       😊       😞       😞       ?

8. If we could work with you to make a plan that would allow you to live on your own, how interested would you be in doing this?

- Very interested      Somewhat interested      Somewhat uninterested      Very uninterested      Not sure
- 😊       😊       😞       😞       ?

9. How would you feel about a Moving On plan if you knew that you could return to your previous setting if things didn't work out?

- Much better      Somewhat better      Somewhat worse      Much worse      Not sure
- 😊       😊       😞       😞       ?

10. Which of the following are ways that DDS can provide you with more information about the Moving On plan?

**Check any that we could use to contact you.**

- The DDS web page     An email to you     A letter in the mail     A discussion with your case manager
- On social media, like Facebook or Instagram

11. How much do you trust each of the following to give you information about the Moving On plan? **(PLEASE CHECK ONE FOR EACH LINE)**

	Trust a lot	Trust some	Trust only a little	Not trust at all	Not Sure
The DDS Commissioner's Office or Regional Director's Office	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😞	<input type="checkbox"/> 😞	<input type="checkbox"/> ?
Your Case Manager (the person from DDS who helps you make a plan for supports)	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😞	<input type="checkbox"/> 😞	<input type="checkbox"/> ?
Your provider (the people who provide you with supports)	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😞	<input type="checkbox"/> 😞	<input type="checkbox"/> ?

12. Are you the person currently receiving support from DDS or are you a family member/support person completing the survey for someone receiving support?

- Person receiving support from DDS       Family person/support person completing the survey

13. Are you? **(If you're completing for someone else, respond as the person receiving support)**

- Male       Female       Non-binary       Prefer not to answer

14. What is your age? **(If you're completing for someone else, respond as the person receiving support)**

- 18-29       30-39       40-49       50-59       60+

15. What kind of supports do you receive from DDS?

- Residential supports       Day/Employment supports       Both



Estimado/a Familia/a DDS,

Diciembre de 2022

El Departamento de Servicios de Desarrollo de Connecticut (DDS) se complace en compartir con ustedes nuestro plan ‘Moving On’. El plan Moving On ayudará a las personas a tener más opciones en su vida y a ser más independientes. Sin dejar de contar con los apoyos que necesitan, el plan ayudará a las personas a vivir, aprender y trabajar de manera más independiente.

Queremos saber qué opina de un plan así. Le pido que nos ayude respondiendo las preguntas de la encuesta que le hemos enviado.

Responder esta encuesta no modifica en modo alguno los apoyos que recibe. Cualquier cambio en sus apoyos será una decisión tomada entre usted, su administrador de casos y sus personas de apoyo.

Si necesita ayuda con la encuesta, pídasela a su persona de apoyo o a su red de apoyo a familias con necesidades especiales CT Family Support Network local. También pueden ayudarle si el inglés o el español no es su lengua materna.

No escriba su nombre en la encuesta. Nadie sabrá sus respuestas. Solo indique su opinión en cuanto a las preguntas.

Cuando termine, coloque la encuesta en el sobre que le enviamos. Le pedimos que complete la encuesta lo antes posible, pero envíela por correo al menos **antes del 30 de enero**. El franqueo ya está pagado, así que no hace falta que le ponga sello.

Puede leer más abajo para obtener más información o simplemente empezar a responder a la encuesta ahora mismo. (Miembros de apoyo, lean más abajo)

¡Gracias por ayudarnos!

Atentamente,  
Jordan

Jordan A. Scheff  
Comisionado del DDS

---

Si lo prefiere, puede responder esta encuesta electrónicamente en línea en <https://www.surveymonkey.com/r/DDSindividuals>.

Familiares/miembros de apoyo: si usted está completando para otra persona, responda en nombre de la persona que recibe servicios del DDS.

También quiero recordarles e invitarlos a la actualización virtual o en persona del DDS para individuos y familias en enero. Puede obtener más información sobre la actualización de enero o el plan Moving On haciendo clic en “ARPA Initiative” (Iniciativa ARPA) en el sitio web del DDS en [portal.ct.gov/dds](http://portal.ct.gov/dds).

**También puede suscribirse a las actualizaciones por correo electrónico para mantenerse al día sobre el proyecto y otras noticias del DDS haciendo clic en “Subscribe for E-Updates” (Suscribirse a actualizaciones) en el sitio web del DDS en [portal.ct.gov/dds](http://portal.ct.gov/dds).**

## ENCUESTA 2022 DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE DESARROLLO

1. El Departamento de Servicios de Desarrollo de Connecticut (DDS) está creando un plan Moving On para que las personas vivan y trabajen de forma más independiente con el apoyo que necesitan.

¿Ha oído o leído algo anteriormente sobre el plan Moving On?

Sí **(RESPONDA LAS PREGUNTAS 1a y 1b)**     No **(PASE A LA PREGUNTA 2)**

1a. ¿Cuánto ha leído o escuchado sobre el plan Moving On del DDS?

Mucho     Algo     Solo un poco

1b. ¿Cómo se enteró del plan Moving On del DDS? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué le parece que el plan Moving On proporcione más tecnologías y apoyos a las personas que reciben ayuda del DDS?

Me gusta mucho    Me gusta un poco    Me disgusta un poco    Me disgusta mucho    No estoy seguro/a

😊     😊     😞     😞     ?

3. ¿Cuál es el motivo principal por el que le gusta o no le gusta el plan Moving On? \_\_\_\_\_

4. ¿En qué medida cree que podría beneficiarse de los apoyos y las tecnologías del DDS que le ayudan a vivir, aprender y trabajar por su cuenta?

Mucho    Algo    No demasiado    En absoluto    No estoy seguro/a

😊     😊     😞     😞     ?

5. A continuación se muestra una lista de afirmaciones. Al pensar sobre el plan Moving On, díganos en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación: **(SELECCIONE UNA OPCIÓN PARA CADA LÍNEA)**

	Completam ente de acuerdo	Un poco de acuerdo	Un poco en desacuerdo	Completam ente en desacuerdo	No estoy seguro/a
Una gran oportunidad para ser más independiente	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😞	<input type="checkbox"/> 😞	<input type="checkbox"/> ?
Me preocupa que esto pueda ser malo para mí	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😞	<input type="checkbox"/> 😞	<input type="checkbox"/> ?

6. El objetivo del plan Moving On es permitirle ser más independiente en su vida, aprendizaje o trabajo. ¿Cuánto cree que cambiaría su vida?

Mejoraría mucho    Mejoraría un poco    Empeoraría un poco    Empeoraría mucho    No estoy seguro/a

😊     😊     😞     😞     ?

**DAR VUELTA**



7. Como siempre, el plan Moving On exigirá que cada plan responda a las necesidades y los objetivos de cada persona. ¿Cómo le hace sentir esto?

Mucho mejor    Un poco mejor    Un poco peor    Mucho peor    No estoy seguro/a  
 😄     😊     😞     ☹️     ?

8. Si pudiéramos trabajar con usted para elaborar un plan que le permitiera vivir por su cuenta, ¿qué interés tendría en hacerlo?

Muy interesado/a    Un poco interesado/a    Un poco desinteresado/a    Muy desinteresado/a    No estoy seguro/a  
 😄     😊     😞     ☹️     ?

9. ¿Qué le parecería un plan Moving On si supiera que puede volver a su situación anterior si las cosas no funcionan?

Mucho mejor    Un poco mejor    Un poco peor    Mucho peor    No estoy seguro/a  
 😄     😊     😞     ☹️     ?

10. ¿Cuáles de las siguientes son formas en que el DDS puede proporcionarle más información sobre el plan Moving On? **Seleccione cualquier opción que podamos utilizar para comunicarnos con usted.**

La página web del DDS     Un correo electrónico dirigido a usted     Una carta en el correo     Una conversación con su administrador de casos     En las redes sociales, como Facebook o Instagram

11. ¿En qué medida confía en cada una de las siguientes personas para informarle sobre el plan Moving On? **(SELECCIONE UNA OPCIÓN PARA CADA LÍNEA)**

	Confía mucho	Confía un poco	Confía solo un poco	No confía en absoluto	No estoy seguro/a
El Comisionado del DDS	<input type="checkbox"/> 😄	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😞	<input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> ?
Su Administrador de casos (la persona del DDS que le ayuda a elaborar un plan de apoyos)	<input type="checkbox"/> 😄	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😞	<input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> ?
Su proveedor (la persona que le brinda apoyos)	<input type="checkbox"/> 😄	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😞	<input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> ?

12. ¿Es usted la persona que recibe actualmente apoyo del DDS o es usted familiar/persona de apoyo que completa la encuesta para alguien que recibe apoyo?

Persona que recibe apoyo del DDS     Familiar/persona de apoyo que completa la encuesta

13. ¿Usted es...? **(Si está completando por otra persona, responda como la persona que recibe apoyo)**

Hombre     Mujer     No binario     Prefiero no responder

14. ¿Qué edad tiene? **(Si está completando por otra persona, responda como la persona que recibe apoyo)**

18-29     30-39     40-49     50-59     Más de 60

15. ¿Qué tipo de apoyos recibe del DDS?

Apoyo residencial     Apoyo en la vida cotidiana/en el empleo     Ambos