

## La Encuesta de la Comunidad del Condado de Ontario

### Esta encuesta es completamente confidencial y voluntaria.

1. El propósito de esta encuesta es evaluar las necesidades y el conocimiento de los recursos disponibles de la comunidad del Condado de Ontario.
2. Esta encuesta tiene diecinueve preguntas y tiene un tiempo de finalización medio de tres minutos.
3. Si tienes unas preguntas sobre esta encuesta, por favor contacta con Tracey a la Asociación del Condado de Ontario (The Partnership for Ontario County) a (585) 396-4554.



#### 1. ¿Cuál es su raza? (marque todas las que correspondan)

- Blanco o caucásico
- Negro o afroamericano
- Indio americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico
- Hispano o latino
- Asiático o asiático-americano
- Por favor, describe \_\_\_\_\_

#### 2. ¿Cuál es su origen étnico? (marque todas las que correspondan)

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático o isleño del Pacífico
- Negro o afroamericano
- Hispano o latino
- Blanco o caucásico
- Prefiero no contestar
- Otros (especifique) \_\_\_\_\_

#### 3. ¿Cuál es su edad?

- Menos de 18 años     18-24     25-24
- 35-44     45-54     55-64     65+

#### 4. ¿Cuál es su identidad de género?

- Femenino     Masculino
- Masculino transgénero     Femenino transgénero
- No binario
- Prefiero no contestar
- No especificado arriba (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

#### 5. ¿Cuál es su orientación sexual?

- Asexual     Bisexual     Gay
- Heterosexual o straight     Lesbiana
- Pansexual     Queer
- Prefiero no contestar
- Ninguna de las anteriores (especifique) \_\_\_\_\_

#### 6. ¿Vive o trabaja usted en el Condado de Ontario?

- Sí     No

#### 7. ¿Cuál es su código postal actual? Por favor, escribe.

\_\_\_\_\_

#### 8. ¿Cuál es el tamaño de su familia (en su hogar)?

- 1     2-4     5-8     9-12     13 o más

#### 9. ¿Es usted un miembro de la comunidad o un proveedor de servicios (es decir, trabajador social, consejero, defensor, manejador de casos, empleado del Condado de Ontario, empleado de una organización sin fines de lucro, etc.)?

- Miembro de la comunidad
- Proveedor de servicios
- Otra opción que no es en la lista \_\_\_\_\_

#### 10. ¿Qué necesidades ha identificado en su comunidad? (marque todas las que correspondan)

- Salud mental     Uso de sustancias
- Personas sin hogar     Violencia doméstica
- Respuesta frecuente de las autoridades policiales en el barrio
- Abuso infantil
- Asistencia a las personas con discapacidades del desarrollo
- Servicios legales para inquilinos (procedimientos de desalojo, seguridad y/o preocupaciones que necesitan ser abordadas, etc.)
- Servicios legales para fines matrimoniales o de custodia
- Acceso a los alimentos
- Acceso a la ropa
- Acceso a productos de higiene personal
- Otras que no son en esta lista \_\_\_\_\_

#### 11. ¿Considera que los servicios que se ofrecen son adecuados para satisfacer sus necesidades?

- Sí     No
- En caso contrario, ¿qué se puede hacer para mejorar esos servicios? \_\_\_\_\_

#### 12. Con qué frecuencia ha interactuado con los servicios sociales/humanos en el último año a nivel personal (como las autoridades policiales, los servicios del condado [como el DSS, la libertad condicional, etc.], los servicios de consumo de sustancias, la defensa de las víctimas de delitos, etc.)

- Nunca     1-5 veces     6-10 veces
- Más de 10 veces

**13. En qué medida estaría dispuesto a interactuar o referir a alguien a un enlace de servicios comunitarios integrales, que es alguien que conectará a la gente con los servicios comunitarios.**

- Probablemente
- Muy probable
- Poco probable
- Muy improbable
- Algo/no estoy seguro

**14. ¿Dispone de un medio de transporte confiable?**

- Sí
- No
- Algo confiable

**15. Si ha respondido "No" o "algo", ¿cómo ha afectado la falta de transporte a su capacidad para recibir servicios de cualquier tipo? (marque todo lo que corresponda)?**

- Dificultad para asistir al trabajo de forma consistente
- Dificultad para asistir a una cita médica de forma consistente
- Dificultad para conectarse con los recursos (grupos de apoyo, distribución de alimentos/despensas, consejería, los eventos y las actividades comunitarios , etc.)
- Otros (por favor, explique)

---

---

---

**16. ¿Conoce los servicios ya existentes en el condado de Ontario (por ejemplo: servicios de violencia doméstica, servicios de uso de sustancias, empleo, grupos de apoyo, ¿etc.)?**

- Sí
- No
- Si es así, por favor comparta con nosotros.

---

---

---

**17. ¿Conoce alguna línea telefónica de emergencia ya existente, además del 911?**

- Sí
- No
- Si es así, por favor comparta con nosotros

---

---

---

**18. ¿Cómo ha llegado a esta encuesta?**

- A través de las redes sociales
- Una agencia/ungrupo de la comunidad me la compartió a través de un folleto o un código QR
- Dentro de la comunidad (por ejemplo: tienda, biblioteca, lavandería, despensa, etc.)
- ¿En otro lugar? No dude en compartirlo a continuación.

---

---

---

**19. ¿Hay algo más que quiera que sepamos?**

---

---

---

---

---

---

**Gracias por compartir su voz.**

Para devolver esta encuesta:

1. Dala a la agencia o el departamento que compartió esta encuesta contigo.
2. Envíala por correo o tráela a la oficina de la Asociación del Condado de Ontario a 5297 Parkside Drive, la suite 307, Canandaigua, NY 14424