

got needs?

Kings County Community Survey

Gracias por tomarse el tiempo para tomar la encuesta, ¿Tiene Necesidades? Participando en este esfuerzo usted estará ayudando a líderes de la comunidad entender mejor y abordar las necesidades de los residentes del Condado de Kings. Si usted ha tomado esta encuesta antes, no es necesario continuar. ¡Apreciamos su opinión y valoramos su tiempo! Ya que termine la encuesta y llene el papel para el sorteo de premios regréselos a la organización que esta administrando la encuesta para que los procesen separados. Si prefiere tomar esta encuesta por internet, por favor **gotneedskingscounty.com**

Por favor contacte a Kings Partnership for Prevention para recoger las encuestas completadas y las formas del sorteo de premios. Correo electrónico: karina@kpfp.org, para coordinarse, Gracias!

got needs?
Kings County Community Survey

¡Gracias por
tomar la
encuesta de
Necesidades de la
Comunidad!

FORMULARIO DE ENTRADA DE SORTEO DE PREMIOS

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

NUMERO DE TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

**¡CADA SEMANA SE
SELECCIONARÁ UN NUEVO
GANADOR DE TARJETA DE
REGALO!**

**¡2 GANADORAS DEL GRAN
PREMIO SELECCIONADAS
AL FINAL DEL MES!**

*Por favor, sepa que
TODAS las encuestas se
mantienen anónimas y
se procesan
separadamente de los
Formularios de Sorteo
de Premios. ¡Gracias!*

¡Gracias por ayudar a mejorar su comunidad!

got needs?
Kings County Community Survey

¡Gracias por tomar la encuesta de Necesidades de la Comunidad!

FORMULARIO DE ENTRADA DE SORTEO DE PREMIOS

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

NUMERO DE TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

CADA SEMANA SE SELECCIONARÁ UN NUEVO GANADOR DE TARJETA DE REGALO.

¡2 GANADORAS DEL GRAN PREMIO SELECCIONADAS AL FINAL DEL MES !

Por favor, sepa que TODAS las encuestas se mantienen anónimas y se procesan separadamente de los Formularios de Sorteo de Premios. ¡Gracias!

Gracias por ayudar a mejorar su comunidad!

got needs?
Kings County Community Survey

¡Gracias por tomar la encuesta de Necesidades de la Comunidad!

FORMULARIO DE ENTRADA DE SORTEO DE PREMIOS

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

NUMERO DE TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

CADA SEMANA SE SELECCIONARÁ UN NUEVO GANADOR DE TARJETA DE REGALO.

¡2 GANADORAS DEL GRAN PREMIO SELECCIONADAS AL FINAL DEL MES !

Por favor, sepa que TODAS las encuestas se mantienen anónimas y se procesan separadamente de los Formularios de Sorteo de Premios. ¡Gracias!

Gracias por ayudar a mejorar su comunidad!

got needs?

¿tiene necesidades? Encuesta de la
Comunidad del Condado de Kings

2021 Evaluación de las Necesidades de la Comunidad Preguntas de la Encuesta

Gracias por tomarse el tiempo para tomar la encuesta, (aproximadamente 6 minutos) ¿Tiene Necesidades? Participando en esta encuesta usted estará ayudando a líderes de la comunidad entender mejor y abordar las necesidades de los residentes del Condado de Kings. Si usted ha tomado esta encuesta antes, no es necesario continuar. ¡Apreciamos su opinión y valoramos su tiempo!

Por favor marque la casilla junto a la respuesta más adecuada.

En esta siguiente sección, vamos a hacerle preguntas sobre su comunidad.

1. ¿Cuál es su edad?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18-24 años | <input type="checkbox"/> 45-54 años |
| <input type="checkbox"/> 25-34 años | <input type="checkbox"/> 55-64 años |
| <input type="checkbox"/> 35-44 años | <input type="checkbox"/> 65+ años |

2. ¿Cuál es su género?

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Mujer |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |

3. ¿Cuál es su raza? (Marque todo lo que aplica)

- Indio Americano
 Asiático o Isleño del Pacífico
 Blanco/Caucásico
 Negro/Afroamericano
 Hispano o Latino
 Prefiero no contestar
 Otro (Por favor especifique): _____

4. ¿En cual comunidad actualmente vive usted?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Armona | <input type="checkbox"/> Lemoore |
| <input type="checkbox"/> Avenal | <input type="checkbox"/> NAS Lemoore |
| <input type="checkbox"/> Corcoran | <input type="checkbox"/> Stratford |
| <input type="checkbox"/> Hanford | <input type="checkbox"/> Santa Rosa Rancheria |
| <input type="checkbox"/> Home Garden | <input type="checkbox"/> Sin hogar |
| <input type="checkbox"/> Kettleman City | |
| <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique): _____ | |

5. ¿Cuál es el nivel más alto de escuela que ha completado?

- Sin escolaridad completada
 Desde la guardería hasta el octavo grado
 Algo de secundaria, sin diploma
 Graduado de la escuela secundaria, diploma o equivalente (por ejemplo, GED)
 Algo de crédito universitario, sin título
 Comercio/técnica/profesional
 La licenciatura Asociado
 Licenciatura
 Maestría
 Título Profesional
 Doctorado

6. En su comunidad, ¿tiene las siguientes áreas/actividades recreativas? (Marque todo lo que aplica)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Parques | <input type="checkbox"/> Gimnasios |
| <input type="checkbox"/> Equipos deportivos juveniles | <input type="checkbox"/> Bibliotecas |
| <input type="checkbox"/> Senderos para caminar | <input type="checkbox"/> Artes visuales |
| <input type="checkbox"/> Equipos deportivos adultos | <input type="checkbox"/> Parques de Patinar |
| <input type="checkbox"/> Clases de Aptitud física | <input type="checkbox"/> Patios de recreo |
| <input type="checkbox"/> Caminos de Bicicleta | <input type="checkbox"/> Artes escénicas |
| <input type="checkbox"/> Jardines comunitarios | <input type="checkbox"/> Piscinas |
| <input type="checkbox"/> Almohadas de salpicar | |
| <input type="checkbox"/> Características deportivas (eg. Cancha de baloncesto, campo de béisbol) | |

7. ¿Siente que hay suficientes áreas de recreación en su comunidad?

- Sí No No Sé

7.1 Si es Sí, ¿son estas áreas de recreación asequibles?

- Sí No

7.2 ¿Son estas áreas de recreación accesibles?

- Sí No

7.3 ¿Son seguras estas áreas de recreación?

- Sí No

7.4 ¿Son estas áreas de recreación de alta calidad?

- Sí No

8. ¿Siente que en su área hay suficientes actividades recreativas?

- Sí No No Sé

8.1 Si es Sí ¿son asequibles estas actividades recreativas?

- Sí No

8.2 ¿Son estas áreas de recreación accesibles?

- Sí No

9. ¿Utiliza el cuidado de niños en su comunidad?

- Sí No

9.1 Si es Sí ¿este cuidado infantil es de alta calidad?

- Sí No

9.2 ¿Es asequible este cuidado infantil?

- Sí No

9.3 ¿Hay suficientes opciones y ubicaciones?

- Sí No

10. ¿Alguna vez ha utilizado alguno de estos servicios comunitarios antes? (Marque todo lo que aplica)

- Servicios de drogas y alcohol
- Servicios de salud mental
- Ayuda alimentaria
- Servicios para víctimas
- Servicios para la Familia y los Padres
- Servicios para veteranos
- Ninguna de las anteriores

11. ¿El transporte público en su comunidad satisface sus necesidades?

El transporte público es cualquier transporte proporcionado al público en general por una tarifa. Este tipo de transporte se paga principalmente por los fondos del gobierno y las tarifas de pasajeros.

- Sí No No aplica

11.1 Si NO, ¿Por qué el transporte público no satisface sus necesidades? (Marque todo lo que aplica)

- Muy caro
- Tiempos limitados
- Ubicaciones limitadas
- Tiempo de espera largo
- Conflictos de horario
- Otro (Por favor especifique): _____

11.2 Si es Sí ¿qué tipo de transporte público está utilizando? (Marque todo lo que aplica)

- Autobus de Transito Rural Kings (KART)
- Tren Amtrak
- Autobús de tránsito área de Corcoran (CAT)

12. ¿Siente que su familia puede acceder a alimentos dentro de su comunidad?

- Sí No

13. ¿Siente que su comunidad ofrece oportunidades, organizaciones o eventos que satisfacen las necesidades espirituales de su familia?

- Sí No No aplica

14. ¿Asiste regularmente a una iglesia o comunidades espirituales?

- Sí No

14.1 Si es NO, ¿está interesado en unirse a una iglesia o comunidad espiritual?

- Sí No

15. ¿Tiene actualmente problemas para pagar un apartamento o una casa en su comunidad que se adapte a sus necesidades?

- Sí No

16. ¿Recibe actualmente algún servicio de la Organización de Acción Comunitaria de Kings (ejemplo, Head Start, Asistencia de utilidades, Cuidado Infantil, etc.)?

- Sí No

17. ¿Alguna vez ha sido testigo de violencia en su comunidad?

- Sí No

18. ¿Alguna vez ha sido víctima de violencia en su comunidad?

- Sí No

En esta próxima sección, vamos a hacerle preguntas sobre su hogar.

19. ¿Alguna vez ha sido testigo de violencia en su hogar?

- Sí No

20. ¿Alguna vez ha sido víctima de violencia en su hogar?

- Sí No

21. ¿Todos los miembros de su hogar están actualmente cubiertos por un seguro de salud?

- Sí No

22. En los últimos dos años, ¿alguien en su hogar ha experimentado una pérdida repentina o inesperada de empleo?

- Sí No

23. En los últimos dos años, ¿su hogar experimentó un cambio importante en los ingresos?

- Sí No

24. En los últimos dos años, ¿la falta de habilidades laborales o de educación ha impedido que alguien en su hogar obtenga un empleo?

- Sí No

25. En los últimos dos años, ¿la falta de habilidades laborales o de educación ha impedido que alguien en su hogar obtenga un trabajo mejor pagado?

- Sí No

26. ¿Tiene su familia actualmente problemas para pagar las facturas de las utilidades?

- Sí No

27. ¿Le preocupa no tener suficiente comida para alimentar a su familia?

- Sí No

28. ¿Actualmente su familia tiene problemas para pagar el alquiler o la hipoteca?

- Sí No

29. ¿Su hogar tiene acceso a Internet?

- Sí No

29.1 Si es Sí, ¿su conexión es confiable?

- Sí No

29.2 Por favor especifique su proveedor (Marque todo lo que aplica)

- Compañía de cable (eg. AT&T, Xfinity)
- KingsNet
- Plan de datos a través de dispositivo móvil

30. ¿Tiene una computadora en su casa?

- Sí No

31. ¿Tiene su hogar un teléfono inteligente?

- Sí No

32. ¿Cuáles el ingreso anual aproximado de su hogar?

- \$0---\$12,000 \$35,000---\$40,000
 \$12,000---\$16,000 \$40,000---\$50,000
 \$16,000---\$20,000 \$50,000---\$65,000
 \$20,000---\$25,000 \$65,000---\$80,000
 \$25,000---\$30,000 \$80,000---\$100,000
 \$30,000---\$35,000 \$100,000+

33. ¿Alguien en su hogar necesita ayuda con alguno de los siguientes? (Marque todo lo que aplica)

- Hablando Ingles
 Leyendo Ingles
 Escribiendo Ingles
 Ninguna de las anteriores

34. ¿Cuántas personas viven actualmente en su hogar?

(Escriba un número): _____

35. ¿Puede acceder servicios médicos?

- Sí No

35.1 Si NO, ¿por qué no ha podido acceder servicios médicos? (Marque todo lo que aplica)

- No Seguro
 Falta de transporte
 Horas de cuidado de la salud
 Conflicto de programación
 Ningún especialista local
 Finanzas
 Cuidado de niños
 Otro (Por favor especifique): _____

36. Tiene usted acceso a servicio de salud mental?

- Sí No No aplica

36.1 Si es NO, ¿Por qué no ha podido acceder a los servicios de salud mental? (Marque todo lo que aplica)

- No Seguro
 Falta de transporte
 Horas de cuidado de la salud
 Estigma
 Finanzas
 Cuidado de niños
 Incapaz de encontrar una proveedora
 No cubierto por seguro
 Otro (Por favor especifique): _____

37. ¿Puede acceder a servicios de telesalud (médicos y de salud mental)?

- Sí No No aplica

37.1 Si es No, ¿por qué no ha podido acceder a los servicios de telesalud? (Marque todo lo que aplica)

- No hay computadora
 Sin servicio de internet
 Sin celular
 Estigma
 Finanzas
 Impersonal
 Horas del proveedor
 Falta de privacidad
 No se siente segura/o
 Otro (Por favor especifique): _____

38. En los últimos dos años, ¿ha experimentado un aumento en los síntomas de salud mental (depresión / ansiedad)?

- Sí No

38.1 Si es Sí, ¿Sabes dónde recibir atención?

- Sí No

38.2 ¿Ha recibido atención?

- Sí No

38.3 ¿Cree que estos síntomas se deben a la pandemia de COVID-19?

- Sí No

39. ¿Alguna vez el concepto de suicidio ha afectado seriamente tu vida?

- Sí No

39.1 Si es Sí, ¿Qué recursos conoce? (Marque todo lo que aplica)

- Línea de Suicidio
 Kings View
 Champions
 Línea Tibia
 2-1-1
 Centro de Urgencias
 Cuarto de emergencia
 Iglesia o comunidad espiritual
 Kings County Comportamiento
 Otro (Por favor especifique): _____

40. ¿Cuáles son sus tres mayores barreras para una alimentación saludable? (Escoja hasta tres opciones)

Comer sano es comer 2--5 porciones de frutas y verduras, granos enteros, productos lácteos, carne o proteínas como nueces, semillas y frijoles y agua potable diariamente.

- No hay lugares para acceder a alimentos saludables cerca de mi casa.
 No tengo transporte para acceder a alimentos saludables
 Cuando estoy en la tienda, no sé cómo seleccionar alimentos saludables
 No se como cocinar comida saludables
 No tengo tiempo para cocinar alimentos saludables.
 No tengo ningún lugar para preparar comida saludables
 La comida saludable es demasiado cara
 La comida se echa a perder antes de que pueda terminarla
 No estoy familiarizado con la comida saludable disponible aquí en mi comunidad.
 No me gusta el sabor de la comida saludable
 A mi familia no le gusta la comida saludable
 No me siento llena/o cuando como comida saludable
 Ya como alimentos saludables la mayor parte del tiempo.

41. Si usted o su familia enfrentan una situación de crisis (por ejemplo, pérdida repentina de empleo, muerte en la familia, victimización), ¿a dónde acuden? (marque todo lo que corresponda)

- Iglesia o comunidad espiritual
- Doctor
- Consejero
- Servicios Sociales
- Cumplimiento de ley
- Entrenamiento laboral
- Escuela/centro educativo
- Otro (Por favor especifique): _____
- Ninguna de las anteriores

42. ¿Está usted enterado de la planificación familiar gratuita y de bajo costo en su comunidad?

- Sí
- No

43. Por favor, identifique todas las categorías en las que actualmente necesita ayuda (marque todo lo que aplica):

- Vivienda asequible
- Empleo
- Comida
- Acceso a cobertura medica
- Transportación
- Entrenamiento de empleo
- Preescolar
- Trabajar con la policía local
- Refugio
- Cuidado de niños
- Asistencia de utilidades
- Clases para padres
- Clases de Ingles
- Presupuesto del hogar
- Actividades juveniles (verano/después de la escuela)
- Educación Nutricional
- Reparaciones de hogar
- Tutoría
- Apoyo educativo
- Otro (Por favor especifique): _____
- Ninguna de las anteriores

44. Debido a la pandemia de COVID, ¿alguien en su hogar ha experimentado dificultades con alguno de los siguientes? (marque todo lo que aplica)

- Salarios y / o horas de trabajo reducidos
- Pérdida de empleo
- Acceso a guardería
- Conseguir comida
- Alojamiento
- Transporte
- Obtener desinfectante para manos o productos de limpieza
- Obtener medicamentos
- Acceso a cuidado de la salud
- Pagar los gastos médicos
- Obtener actividad física
- Síntomas de salud mental (p. Ej., Depresión, ansiedad)
- Otro (Por favor especifique): _____
- Ninguna de las anteriores