

DOWNTOWN WOMEN'S SURVEY 2016

Interviewer's Name: _____
Site/Region: _____

Interviewer:

- *We are conducting a survey of women today. We represent the Downtown Women's Action Coalition, a group of downtown service providers and residents that is working to increase and improve housing and services for women in the downtown area.*
- *We have a small gift for completing a survey. We also have a flyer with all of the existing services for women in this area, which you can take whether you complete a survey or not.*
- *The survey will take about 15-25 minutes and is completely confidential. I will not ask your name. If you'd like to receive the results of the survey, I can put your name and contact number on a separate sheet of paper.*
- *Some of the questions are very personal. You do not have to answer any questions that make you uncomfortable, just let me know if you do not wish to answer.*
- *We will use the results of the survey to help service providers design programs that are sensitive to the needs of women and to try to convince government agencies and elected officials to increase funding and resources for women downtown.*
- *Would you like to participate?*

Qualifying Questions

Do you live in the Downtown/Central City East/Skid Row area? 1.Yes 2.No
If no, do not continue with survey.

Have you already completed this survey today? 1.Yes 2.No
If yes, do not continue with survey.

What is your gender? **Man** 1.Woman 2.Other
If man, do not continue with survey.

NOTE TO INTERVIEWER: Some of these questions are very personal, and some are related to traumatic events that many women experience.

Your answers will not be shared with anyone. Government agencies and housing providers will only see the total results of the survey, not individual responses. Also please remember, you can tell me that you do not want to answer any question that makes you uncomfortable.

Begin survey on next page.

Last updated: 1/11/16

I. DEMOGRAPHICS

1. What is your date of birth? Month/Day/Year: _____/_____/_____

2. What is your ethnicity? (*Circle all that apply*)
 - a. African-American/Black
 - b. Asian
 - c. Native Hawaiian or Other Pacific Islander
 - d. Latino/a
 - e. Native American
 - f. White
 - g. Decline to State
 - h. Unknown
 - i. Mixed Race
 - j. Other: _____

3. What is your sexual orientation?
 - a. Straight
 - b. Gay or lesbian
 - c. Bisexual
 - d. Other: _____
 - e. I don't know

4. What is your gender identity?
 - a. Female
 - b. Cisgender
 - c. Transgender
 - d. Genderqueer/Androgynous
 - e. Other: _____
 - f. I don't know

5. Do you have any children under the age of 18? 1. Yes 0. No
 - 5A. **If yes**, do your children currently live with you?
1. Yes 0. No 2. I don't know

6. What is the highest level of education you have completed?
 - a. K-8
 - b. Some high school
 - c. High School Graduate
 - d. GED
 - e. Some College
 - f. College Graduate
 - g. Post Graduate
 - h. Other

7. I am currently (*Circle all that apply*)
 - a. Employed by others
 - b. Self-employed
 - c. Out of work and looking for work
 - d. Out of work but not looking for work
 - e. Student
 - f. Military (Active Duty)
 - g. Retired
 - h. Unable to work

Last updated: 1/11/16

8. What is/are your source(s) of income? (*Circle all that apply*)

- a. Refused to Answer
- b. No Income (**if no income**, please answer the following)
 - bi. If you have you been denied benefits, explain why:

bii. If you have you been unable to apply for benefits, explain why:

biii. If you have you been terminated from benefits, explain why:

- c. General Relief (GR)
- d. SSI (Supplemental Security Income)
- e. SSDI (Social Security Disability Income)
- f. Food Stamps (Cal Fresh)
- g. CalWORKs
- h. WIC (Women, Infants and Children benefits)
- i. Work, on-the-books
- j. Work, off-the-books
- k. VA (Veteran's Administration benefits or pension)
- l. Recycling
- m. Panhandling
- n. Pension
- o. Social Security/Retirement
- p. CAPI (Cash Assistance Program for Immigrants)
- q. Other: _____

9. If you are seeking employment, what resources do you need in order to help you gain employment (for example: access to showers, housing, trainings)? _____

10. Have you ever served in the U.S. military? **1. Yes** 0. No

10A. **If yes**, are you receiving services from the VA?
1. Yes 0. No 2. I don't know

If no,

10A-1. Do you prefer VA services or non-VA services?

- a. VA services
- b. Non-VA services
- c. I don't know

10B. **If yes**, are you accessing any of these services?

- a. HUD VASH Voucher
 - b. SSVF
 - c. Other housing assistance
 - d. Benefits assistance
 - e. Other: _____
 - f. I don't know
-

II. ACCESS

11. Have you ever been homeless? 1. Yes 0. No

If yes,

11A. Are you currently homeless? 1. Yes 0. No

11B. Please select all that apply:

- a. I have been homeless for less than 1 month
- b. I have been homeless for 1-12 months
- c. I have been homeless for at least 1 year
- d. I have been housed in the last three years, but it was temporary. I have been homeless for at least 4 separate times within the last 3 years
- e. I am no longer homeless

11C. Where did you live before you became homeless for the first time? (Select your last lived location even if it wasn't your primary residence for the majority of your life. *Only mark one.*)

- a. LA: Antelope Valley (for example, 93536, 93543, 93550–93553, 93590–93592)
- b. LA: San Fernando Valley (for example, 91340, 91341, 91605, 91331)
- c. LA: San Gabriel Valley (for example, 91775-91778)
- d. LA: Metro LA (Downtown, Hollywood, etc.)
- e. LA: Skid Row
- f. LA: West LA
- g. LA: South LA
- h. LA: East LA
- i. LA: South Bay/Harbor
- j. Southern CA (Riverside, San Diego, Ventura, Orange)
- k. Other city in CA
- l. Out of State
- m. Out of County
- n. Other: _____

12. At any time in your life *and* in the past 12 months, have you lived in any of the following places?

	<u>In my lifetime</u>		<u>Past 12 months</u>	
A. Emergency shelter	Y	N	Y	N
B. Transitional housing	Y	N	Y	N
C. The streets	Y	N	Y	N
D. Family and friends (e.g. couch surfing)	Y	N	Y	N

13. Have you looked for/applied for affordable housing? Y N Y N

13A. **If no**, why not? _____

13B. **If yes**, are you in the Coordinated Entry System (CES)?

- 1. Yes
- 0. No
- 2. I don't know

14. Where do you currently sleep most frequently?

- a. My apartment/home/SRO (Single Room Occupancy hotel)
- b. Shelter
- c. Streets
- d. Car/van/RV(recreational vehicle)
- e. Subway/Bus
- f. Beach/Riverbed
- g. Couch surfing
- h. Other: _____

15. At any time in your life *and* in the past 12 months, have you experienced any of the following?

	<u>In my lifetime</u>		<u>Past 12 months</u>	
A. Divorce	Y	N	Y	N
B. Separation from partner or spouse	Y	N	Y	N
C. Change in children’s custody	Y	N	Y	N
D. Interaction with the Department of Children and Family Services (DCFS).....	Y	N	Y	N
E. Loss of income (government benefits, work, other)	Y	N	Y	N
F. Loss of shelter due to time-limit	Y	N	Y	N
G. Lived in affordable/low-income/government-assisted housing (Section 8)	Y	N	Y	N
H. Been evicted from my housing	Y	N	Y	N
I. Abandoned my housing	Y	N	Y	N
<i>li. If yes, explain why (for example: incarceration, addiction treatment, medical needs, domestic violence):</i> _____				
J. Physical health problems (i.e. heart problems, difficulty breathing)	Y	N	Y	N
K. Abused/was addicted to/self-medicated with drugs and/or alcohol.....	Y	N	Y	N
L. Recovery from drug and/or alcohol abuse	Y	N	Y	N
M. Served time in jail or prison.....	Y	N	Y	N
<i>Mi. If yes, did you lose your housing or shelter because you were in jail/prison?</i>				
	1. Yes	0. No	2. I don’t know	
N. Domestic violence/Interpersonal violence (inter-family and/or partner violence).....	Y	N	Y	N
O. Victim of crime	Y	N	Y	N
P. Sexual assault.....	Y	N	Y	N
Q. Human trafficking.....	Y	N	Y	N

16. Do you prefer accessing services in a mixed gender or a women-only environment?

- a. Mixed Gender
- b. Women-Only
- c. Both a and b

16A. Which services would you most prefer to be offered in a women-only environment?

17. In your opinion, which top three resources have most improved the Downtown Los Angeles community? (*Circle your top 3 choices*)

- a. Access to public transportation
- b. Affordability of housing
- c. Availability of shelter beds/emergency shelter
- d. Availability of community centers
- e. Availability of free or low cost food
- f. Access to affordable, healthy foods
- g. Community relationships (friends and/or family live downtown)
- h. Employment opportunities are available
- i. Membership in community organizations
- j. Parks and open space
- k. Social services are available
- l. Other: _____

Last updated: 1/11/16

18. In your opinion, which top three resources are most needed in order to improve the Downtown Los Angeles community? (*Circle your top 3 choices*)

- a. Housing
- b. Shelter beds/Emergency shelter
- c. Childcare services
- d. Educational programs
- e. Domestic violence counseling
- f. Employment and training opportunities
- g. Legal assistance
- h. Health care
- i. Mental health care
- j. Drug or alcohol recovery programs
- k. Parks and community gardens
- l. Enrichment activities (music, art, theatre)
- m. Access to affordable, healthy foods
- n. Housing and program staff trainings (trauma, conflict resolution, mental health)
- o. Trauma-informed resources and services
- p. Police trainings (trauma, crimes against women, mental health, gender identity)
- q. Other: _____

19. How difficult is it for you to find a safe and clean restroom when you need it?

- a. Always
- b. Often
- c. Sometimes
- d. Never

20. How difficult is it for you to find a safe and clean shower when you need it?

- a. Always
- b. Often
- c. Sometimes
- d. Never

21. Do you feel like you have a social support network?

1. Yes 0. No 2. I don't know

22. How hard is it for you to pay for the very basics like food, clothing, housing/shelter, and medical care?

- a. Very hard
- b. Somewhat hard
- c. Not hard at all

23. In the past 12 months, how often were you worried or stressed about having enough money to pay your rent, shelter, or transitional housing fees?

- a. Always
- b. Often
- c. Sometimes
- d. Never

24. In the past 12 months, how often were you worried or stressed about having enough money to buy nutritious meals?

- a. Always
 - b. Often
 - c. Sometimes
 - d. Never
-

III. SERVICES

25. What other areas outside of the Skid Row area are you receiving services? (*Circle all that apply*)
- a. LA: Antelope Valley (for example, 93536, 93543, 93550–93553, 93590–93592)
 - b. LA: San Fernando Valley (for example, 91340, 91341, 91605, 91331)
 - c. LA: San Gabriel Valley (for example, 91775-91778)
 - d. LA: Metro LA (Downtown, Hollywood, etc.)
 - e. LA: Skid Row
 - f. LA: West LA
 - g. LA: South LA
 - h. LA: East LA
 - i. LA: South Bay/Harbor
 - j. Southern CA (Riverside, San Diego, Ventura, Orange)
 - k. Other city in CA
 - l. Out of State
 - m. Out of County
 - n. Other: _____

26. If you are currently or were recently homeless, what have been the greatest barriers to accessing permanent housing? (*Refer to list of options*)
- a. N/A (I have never been homeless) b. Write barrier(s): _____
- _____
- _____

27. If you are currently or were recently staying in a shelter, what have been the greatest barriers to accessing shelters? (*Refer to list of options*)
- a. N/A (I have never been homeless) b. Write barrier(s): _____
- _____
- _____

28. What was/were true for you when you lived in emergency or transitional housing? (*Check all that apply*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> The staff made me feel welcome | <input type="checkbox"/> The staff made me feel unwelcome |
| <input type="checkbox"/> The staff treated me with respect | <input type="checkbox"/> The staff did not treat me with respect |
| <input type="checkbox"/> The space felt comfortable | <input type="checkbox"/> The space was uncomfortable |
| <input type="checkbox"/> I felt safe in the shelter | <input type="checkbox"/> I felt unsafe in the shelter |
| <input type="checkbox"/> The food in the shelter was nutritious | <input type="checkbox"/> The food in the shelter was not nutritious |
| <input type="checkbox"/> The shelter was clean | <input type="checkbox"/> The shelter was filthy |
| <input type="checkbox"/> The restrooms were not easily accessible during the night | <input type="checkbox"/> The restrooms were easily accessible during the night |
| <input type="checkbox"/> There were bedbugs or other infestations | |
| <input type="checkbox"/> None of these choices were true for me | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

29. In the past 12 months, has it been difficult for you to maintain and/or store your personal possessions?
1. Yes 0. No 2. I don't know

29A. **If yes**, how has it been difficult for you? Explain (for example: not enough space in storage, I was cited for having my personal possessions on the street, not enough space in my SRO housing unit): _____

Last updated: 1/11/16

30. How would you rate these areas of your health in general?

30A. Physical Health	1. Excellent	2. Very Good	3. Good	4. Fair	5. Poor
30B. Dental	1. Excellent	2. Very Good	3. Good	4. Fair	5. Poor
30C. Vision	1. Excellent	2. Very Good	3. Good	4. Fair	5. Poor
30D. Hearing	1. Excellent	2. Very Good	3. Good	4. Fair	5. Poor
30E. Mental Health	1. Excellent	2. Very Good	3. Good	4. Fair	5. Poor

31. Do you currently have any of these disabilities?

31A. Hearing disability (deaf or having serious difficulty hearing)	1. Yes	0. No	2. I don't know
31B. Vision disability (blind or having serious difficulty seeing, even when wearing glasses)	1. Yes	0. No	2. I don't know
31C. Cognitive disability (having difficulty remembering, concentrating, or making decisions)	1. Yes	0. No	2. I don't know
31D. Ambulatory disability (having serious difficulty walking or climbing stairs)	1. Yes	0. No	2. I don't know
31E. Mental health or psychiatric disability (having a mental health or psychiatric diagnosis)	1. Yes	0. No	2. I don't know

32. What kind of health insurance do you have, if any?

- a. None
- b. Medi-Cal (Medicaid)
- c. Medi-Care
- d. My Health LA
- e. VA (Veteran's Administration)
- f. Private Insurance
- g. Other: _____

33. Where do you usually go for healthcare or when you're not feeling well?

- a. Hospital
- b. Clinic
- c. VA
- d. Other: _____
- e. I do not go anywhere for healthcare

34. Have you ever had a mammogram or a pap smear?

- 1. Yes
- 0. No
- 2. I don't know

35. Within the last 12 months, did you have an abnormal pap smear or mammogram?

- 1. Yes
- 0. No
- 2. I don't know

If yes,

35A. Was it: 1. Abnormal pap smear 2. Abnormal mammogram 3. Both

35B. Were you able to get follow-up treatment for the abnormal results?

- 1. Yes
- 0. No
- 2. I don't know

35C: If you did not get follow-up treatment, explain why: _____

Last updated: 1/11/16

36. Have you ever received treatment for mental health issues?

1. Yes 0. No 2. I don't know

37. Are you currently receiving treatment for mental health issues?

1. Yes 0. No 2. I don't know

38. In the past 12 months, have you ever used non-medical injection drugs or shots?

1. Yes 0. No 2. I don't know

39. If you are in recovery from drugs/alcohol, what resources do you need in order to remain in recovery (for example: housing, more substance abuse treatment centers in the downtown community)? _____

40. In the past 12 months, have you gone to the emergency department/room (ER)?

1. Yes 0. No 2. I don't know

If yes,

40A. What was the primary reason for going to the ER? _____

40B. In the past 12 months, how many times have you been to the ER? _____ time(s)

40C. In the past 12 months, how many times have you been hospitalized as an in-patient, including hospitalization in a mental health hospital? _____ time(s)

Last updated: 1/11/16

IV. SAFETY

41. In the past 12 months, how often did you experience violence?

- a. Always
- b. Often
- c. Sometimes
- d. Never

42. In the past 12 months, have you had any interactions with the police? 1. Yes 0. No

42A. **If yes**, what was the context of your police interaction(s)? (*Circle all that apply*)

- a. I received a citation
- b. I was arrested
- c. I sought help from the police (i.e. 911, or went to Central Station at 6th and Wall)
- d. I was stopped, questioned and/or detained on the street
- e. I was stopped, questioned and/or detained in my place of residence
- f. I was held in custody at Central Station (6th and Wall)
- g. Law enforcement did a “raid” in my building
- h. I experienced an inappropriate or abusive interaction with an officer (i.e. physical force, sexual harassment)
- i. I felt like I was a criminal for being homeless
- j. Other: _____

IF YES TO: 15N, 15O, 15P, AND/OR 15Q, PLEASE COMPLETE SECTION A.

IF NO TO: 15N, 15O, 15P, AND/OR 15Q, PLEASE SKIP SECTION A.

-----**BEGIN SECTION A**-----

A-1. Have you ever traded sex for money, alcohol or drugs, shelter, food, or other goods?

1. Yes 0. No 2. I don't know

A-1A. **If yes**, have you been a victim of domestic violence/sexual assault as a result?

1. Yes 0. No 2. I don't know

A-2. Have you ever experienced any type of abuse or trauma which you have not received help for?

1. Yes 0. No 2. I don't know

A-3. If you experienced sexual assault, how old were you?

- a. Before the age of 18 (as a minor)
- b. Age 18 or older (as an adult)
- c. Both (as a minor and as an adult)
- d. Does not apply

A-4. If you experienced domestic violence/interpersonal violence, how old were you?

- a. Before the age of 18 (as a minor)
- b. Age 18 or older (as an adult)
- c. Both (as a minor and as an adult)
- d. Does not apply

Last updated: 1/11/16

A-5. Where did the domestic violence and/or sexual harassment occur against you?

- a. Downtown LA community
- b. Another community
- c. Both a) and c)
- d. Does not apply

A-6. Who was/were the perpetrator(s): *(Circle all that apply)*

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| a. Friend/Acquaintance/Associate | f. Stranger |
| b. Husband/partner | g. Police |
| c. Neighbor | h. Non-police or security officer |
| d. Parent | i. Other: _____ |
| e. Other family member | j. Does not apply |

-----END SECTION A-----

43. Is there anything else you can tell us about existing housing and services for women downtown, ideas you have to improve housing and services, or other issues in the community?

44. We would like to hold focus groups in order to support our findings from this survey. Focus groups will occur at a separate time after this survey day. Are you interested in participating in these focus groups? *(If the participant is interested, please have the participant include her contact information on the 'Focus Groups: Contact Information' form).*

Offer the respondent a gift and an informational brochure.

Thank you for taking the time to participate in this survey. We appreciate your input!

Encuesta de Centro de Mujeres de Downtown del 2016

Nombre de entrevistador: _____

Sitio/Región: _____

Entrevistador:

- *Estamos encuestando a mujeres de nuestra comunidad. Represento al Downtown Women’s Action Coalition, un grupo de residentes y proveedores de servicios del centro de Los Angeles que trabaja para incrementar y mejorar los servicios y vivienda para mujeres del área.*
- *Le tenemos un pequeño regalo al completar la encuesta. También tenemos un volante con información sobre los servicios disponibles para mujeres en esta área, que le daremos aun si no completa la encuesta.*
- *La encuesta dura de 15 a 25 minutos y es completamente confidencial. No le preguntaré su nombre. Si desea recibir los resultados de la encuesta, puedo anotar su nombre y teléfono en otro papel.*
- *Algunas de las preguntas son muy personales. Si hay una pregunta que la haga sentir incomoda, solamente dígame y no la conteste.*
- *Vamos a usar los resultados de las encuestas para mejorar los servicios y diseñar programas mas sensibles a las necesidades de las mujeres y compartiremos estos con las agencias gubernamentales y con los oficiales electos para pedir mas recursos y dinero para las mujeres del centro de Los Angeles.*
- *¿Desea participar?*

Preguntas para calificar

¿Usted vive en el Centro de Los Ángeles/el área conocido como City East o Skid Row? 1. Sí 2.No
Si contestó no, no continúe con la encuesta.

¿Ya ha completado esta encuesta hoy? 1.Sí 2.No
Si sí, no continúe con la encuesta.

¿Que es su género? Hombre 1.Mujer 2.Otro
Si es hombre, no continúe con la encuesta.

NOTA A ENTREVISTADOR: Algunas de estas preguntas son muy personales, y tocan temas y eventos traumáticos que muchas mujeres han vivido.

Las respuestas no serán compartidas con nadie. Agencias gubernamentales y proveedores de viviendas solamente verán los resultados totales de la encuesta, no respuestas individuales. También recuerde que si alguna pregunta la hace sentir incomoda, no la tiene que contestar.

La encuesta comienza en la pagina siguiente.

I. PERFIL DEMOGRAFICO

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? Mes/Día/Año: _____/_____/_____
2. ¿Cuál es su identidad étnica ? (*Circule todos los que apliquen*)
- | | |
|--------------------------------------|----------------------|
| k. Afro-Americana | p. Anglosajona |
| l. Asiática | q. Rechazo responder |
| m. Hawaiana nativa o de la Polinesia | r. No sé |
| n. Latina | s. Razas múltiples |
| o. Indígena Americana | t. Otro: _____ |
3. ¿Cuál es su orientación sexual?
- | | |
|-------------------|----------------|
| f. Heterosexual | i. Otro: _____ |
| g. Gay o lesbiana | j. No sé |
| h. Bisexual | |
4. ¿Cuál es su género?
- | | |
|--------------------------|----------------|
| g. Cisgénero | j. Otro: _____ |
| h. Transgénero | k. No sé |
| i. Genderqueer/Andrógino | |
5. ¿Tiene hijos menores de 18? 1. Sí 0. No
5A. **Si sí**, viven con usted?
1. Sí 0. No 2. No sé
6. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que a completado?
- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| i. K-8 | m. Algo de universidad |
| j. Algo de preparatoria | n. Graduada de universidad |
| k. Graduada de preparatoria | o. Posgraduado |
| l. GED | p. Otro |
7. Actualmente estoy (*Circule todos los que apliquen*)
- | | |
|--|------------------------------|
| i. Empleada por alguien | m. Estudiante |
| j. Trabajo por cuenta propia (self-employed) | n. Militar (servicio activo) |
| k. Sin empleo y buscando | o. Jubilada |
| l. Sin empleo y no estoy buscando | p. No puedo trabajar |

Last updated: 1/11/16

8. ¿Cuál es/son sus fuentes de ingreso? (*Circule todos los que apliquen*)

- r. Declino a contestar
- s. No Ingresos (**si no tiene ingresos**, por favor conteste la siguiente pregunta)
 - bi. Si le han negado beneficios, explique por qué:

bii. Si no a podido aplicar por beneficios, explique por qué:

biii. Si le han eliminado sus beneficios, explique por qué:

- | | |
|---|---|
| t. General Relief (GR)/Ayuda general | bb. VA (beneficios o pensión de la Administración de Veteranos) |
| u. SSI (Supplemental Security Income) | cc. Reciclaje |
| v. SSDI (Social Security Disability Income) | dd. Pedir limosna |
| w. Food Stamps (Cal Fresh) | ee. Pensión |
| x. CalWORKs | ff. Social Security/Jubilación |
| y. WIC (Women, Infants and Children benefits) | gg. CAPI (Cash Assistance Program for Immigrants) |
| z. Trabajo, oficial | hh. Otro: _____ |
| aa. Trabajo, no oficial | |

9. Si está buscando empleo, que recursos necesita para obtener empleo (por ejemplo: acceso a duchas, vivienda, entrenamiento)? _____

10. ¿A sido parte del ejercito de los EEUU? **1. Sí** 0. No

10A. **Si sí**, está recibiendo servicios de la Administración de Veteranos (VA)?

- 1. Sí
- 0. No
- 2. No sé

Si no,

10A-1. ¿Prefiere servicios de la VA o no?

- d. Servicios de VA
- e. No
- f. No sé

10B. **Si sí**, esta usando algunos de estos servicios?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| g. HUD VASH Voucher | j. Asistencia de beneficios |
| h. SSVF | k. Otro: _____ |
| i. Otra ayuda para vivienda | l. No sé |

II. ACCESO

11. ¿A estado sin vivienda / a estado sin hogar? 1. Sí 0. No

Si sí,

11A. ¿Actualmente está sin vivienda/hogar? 1. Sí 0. No

11B. Seleccione todas las respuestas que apliquen:

- f. He estado sin vivienda menos de un mes
- g. He estado sin vivienda de 1-12 meses
- h. He estado sin vivienda por lo menos un año
- i. He obtenido vivienda en los últimos 3 años pero fue temporal. He estado sin vivienda en 4 ocasiones separadas en los últimos 3 años.
- j. Ya obtuve vivienda, no estoy sin hogar.

11C. ¿Dónde vivió antes de la primera vez que quedó sin vivienda? (Seleccione una locación aunque no haya sido su residencia primaria por la mayor parte de su vida. *Solo marque una.*)

- o. LA: Valle de Antelope (por ejemplo, 93536, 93543, 93550–93553, 93590–93592)
- p. LA: Valle de San Fernando (por ejemplo, 91340, 91341, 91605, 91331)
- q. LA: Valle de San Gabriel (por ejemplo, 91775-91778)
- r. LA: Metro LA (Downtown, Hollywood, etc.)
- s. LA: Skid Row
- t. LA: Oeste de Los Ángeles
- u. LA: Sur de Los Ángeles
- v. LA: Este de Los Ángeles
- w. LA: Bay del Sur/Harbor
- x. Sur de California (Riverside, San Diego, Ventura, Orange)
- y. Otra ciudad en California
- z. Fuera del estado
- aa. Fuera del país
- bb. Otro: _____

12. ¿Alguna vez en su vida y/o en los últimos 12 meses, a vivido en algunos de estos lugares?

	<u>Alguna vez en mi vida</u>		<u>Últimos 12 meses</u>	
E. Albergue de emergencia	S	N	S	N
F. Vivienda de transición	S	N	S	N
G. Las calles.....	S	N	S	N
H. Familia y/o amigos (por ejemplo, en el sofá).....	S	N	S	N

13. ¿A buscado/aplicado por vivienda asequible? S N S N

13A. **Si no**, ¿por qué no?

13B. **Si sí**, ¿está en el sistema Coordinated Entry System (CES)?

1. Sí 0. No 2. No sé

14. ¿Dónde duerme frecuentemente?

Mi apartamento/vivienda/SRO (Habitación individual ocupación hotelera

- i.)
- j. Albergue
- k. Las calles
- l. Carro/van/RV(vehículo de recreación)

- m. Tren/autobús
- n. Playa/lecho de río
- o. De sofá en sofá
- p. Otro: _____

15. ¿Alguna vez en su vida y/o en los últimos 12 meses, a pasado por algunas de estas cosas?

	Vida		Últimos 12 meses	
R. Divorcio	S	N	S	N
S. Separación de pareja o esposo	S	N	S	N
T. Cambio de custodia de hijo/s	S	N	S	N
U. Interacción con el Departamento de Niños y Familias del Condado (DCFS)	S	N	S	N
V. Perdida de ingresos (beneficios del estado, trabajo, otro).....	S	N	S	N
W. Perdida de albergue debido a limite de tiempo	S	N	S	N
X. Vivido en vivienda asequible, de bajos recursos o asistencia del gobierno (Section 8) S	N	S	N	
Y. Desalojada de su vivienda.....	S	N	S	N
Z. Abandone mi vivienda	S	N	S	N

li. Si sí, explique por qué (por ejemplo: encarcelamiento, tratamiento para la adicción, necesidad medica, violencia domestica): _____

AA.....Problemas de salud física (i.e. problemas cardiacos, problemas con respiración) S N S N

BB.Abuso/adicción/auto-medicación con drogas y/o alcohol..... S N S N

CC.Recuperación del abuso/adicción a las drogas/alcohol S N S N

DD.....Pasó tiempo en cárcel o prisión..... S N S N

Mi. Si sí, perdió su vivienda o albergue a causa de su tiempo en cárcel /prisión?

1. Sí 0. No 2. No sé

EE. Violencia doméstica/Violencia interpersonal (entre familia y/o pareja) S N S N

FF. Víctima de crimen S N S N

GG.....Asalto sexual S
..... N S N

HH.....Tráfico humano S
..... N S N

SI SÍ A: 15N, 15O, 15P, Y/O 15Q, POR FAVOR COMPLETAR LA SECCION A.

16. ¿Prefiere usar servicios en un centro para solo mujeres o centro para todas personas?

- d. Género mixto
- e. Solo para mujeres
- f. Ambos

16A. Cuales servicios prefiere usar en un centro exclusivo para mujeres?

17. ¿Cuales son los tres recursos o servicios que han mejorado más en el centro de Los Angeles? (*Circule solamente tres*)

- m. Acceso a transporte público
- n. Vivienda asequible
- o. Disponibilidad de albergues de emergencia/camas en albergues
- p. Disponibilidad de centros comunitarios
- q. Disponibilidad de comida gratis o barata
- r. Acceso a comida saludable y bajo precio
- s. Relaciones en la comunidad (amigos y/familia que viva en el centro de Los Angeles)

Last updated: 1/11/16

- t. Oportunidades de empleo disponible
- u. Membresía en grupos comunitarios
- v. Parques y espacios abiertos
- w. Servicios sociales disponibles
- x. Otro: _____

18. ¿Cuales son los tres recursos/servicios mas necesitados para mejorar el centro de Los Angeles
(Circule solo tres)

- r. Vivienda
- s. Camas en albergues/albergues de emergencia
- t. Servicios de guardería para los niños
- u. Programas de educación
- v. Consejería de violencia doméstica
- w. Oportunidades de empleo y entrenamiento
- x. Asistencia legal
- y. Cuidado de salud física
- z. Cuidado de salud mental
- aa. Programas de alcohol y/o drogas
- bb. Parques y jardines comunitarios
- cc. Actividades de enriquecimiento (música, arte, teatro)
- dd. Acceso a comida saludable y bajo precio
- ee. Talleres/entrenamiento de vivienda y programas (trauma, resolución de conflictos, salud mental)
- ff. Recursos y servicios informados del trauma
- gg. Talleres/entrenamiento por policía (trauma, crímenes contra mujeres, salud mental, identidad de genero)
- hh. Otro: _____

19. ¿Que tan difícil es para usted encontrar un baño limpio y seguro cuando lo necesita?

- e. Siempre difícil
- f. Difícil
- g. A veces difícil
- h. Nunca

20. ¿Que tan difícil es para usted encontrar una ducha limpia y segura cuando la necesita?

- a. Siempre difícil
- b. Difícil
- c. A veces difícil
- d. Nunca

21. ¿Tiene una red de apoyo social?

1. Sí 0. No 2. No sé

22. ¿Que tan difícil es para usted pagar por las necesidades básicas como comida, ropa, vivienda o albergue, y cuidado medico?

- d. Muy difícil
- e. Algo difícil
- f. No es difícil

23. ¿En los últimos 12 meses, que tanto se preocupa o se estresa por tener suficiente dinero para pagar su renta, costo de albergue, o costo vivienda temporal?

- a. Siempre difícil
- b. A menudo
- c. A veces
- d. Nunca

Last updated: 1/11/16

24. ¿En los últimos 12 meses, que tanto se preocupa o estresa por tener suficiente dinero para comprar comidas nutritivas?

- a. Siempre difícil
- b. A menudo
- c. A veces
- d. Nunca

III. SERVICIOS

25. ¿En que otras áreas afuera de Skid Row usted recibe servicios? (*Circule todos los que aplican*)

- o. LA: Valle de Antelope (por ejemplo, 93536, 93543, 93550–93553, 93590–93592)
- p. LA: Valle de San Fernando (por ejemplo, 91340, 91341, 91605, 91331)
- q. LA: Valle de San Gabriel (por ejemplo, 91775-91778)
- r. LA: Metro LA (Downtown, Hollywood, etc.)
- s. LA: Skid Row
- t. LA: Oeste de LA
- u. LA: Sur LA
- v. LA: Este de LA
- w. LA: Bay del Sur/Harbor
- x. Southern CA (Riverside, San Diego, Ventura, Orange)
- y. Otra ciudad en California
- z. Fuera del estado
- aa. Fuera del condado
- bb. Otro: _____

26. ¿Si está actualmente, o estuvo recientemente sin vivienda, cuales han sido las barreras mas difíciles para obtener vivienda permanente? (*Refiérase a la lista de barreras*)

- a. N/A (Nunca he estado sin vivienda)
 - b. Anote las barreras: _____
-
-

27. ¿Si está actualmente, o estuvo recientemente en un albergue, cuales han sido las barreras mas difíciles para obtener albergue? (*Refiérase a la lista de barreras*)

- a. N/A (Nunca he estado sin vivienda)
 - b. Anote las barreras _____
-
-

28. ¿Cuales de estas experiencias vivió usted cuando estuvo en albergue de emergencia o temporal? (*Anote todas las que apliquen*)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Los trabajadores me hicieron sentir bienvenida | <input type="checkbox"/> Los trabajadores no me hicieron sentir bienvenida |
| <input type="checkbox"/> Los trabajadores me trataron con respeto | <input type="checkbox"/> Los trabajadores no me trataron con respeto |
| <input type="checkbox"/> El lugar era cómodo | <input type="checkbox"/> El lugar no era comodo |
| <input type="checkbox"/> Me sentí segura en el albergue | <input type="checkbox"/> Me sentí insegura de peligro |
| <input type="checkbox"/> La comida en el albergue era nutritiva | <input type="checkbox"/> No era nutritiva la comida |
| <input type="checkbox"/> El albergue estaba limpio | <input type="checkbox"/> Estaba sucio el albergue |
| <input type="checkbox"/> Los baños no eran fácilmente accesibles de noche | <input type="checkbox"/> Los baños eran accesibles fácilmente de noche |
| <input type="checkbox"/> Había chinches u otras infestaciones | |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de estas opciones son ciertas para mi | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

29. ¿En los últimos 12 meses, a sido difícil para usted el poder mantener y/o guardar sus pertenencias personales?

- 1. Sí
- 0. No
- 2. No sé

29A. ¿Si sí, cual es la dificultad? Explique (por ejemplo: no hay suficiente lugar en su almacén, fue multada por tener sus pertenencias personales en la calle, no hay suficiente lugar en mi apartamento SRO):

Last updated: 1/11/16

30. ¿Como califica estas áreas de su salud personal?

30A. Salud física	1. Excelente	2. Muy bien	3. Bien	4. Mas o menos	5. Mal
30B. Dental	1. Excelente	2. Muy bien	3. Bien	4. Mas o menos	5. Mal
30C. Visión	1. Excelente	2. Muy bien	3. Bien	4. Mas o menos	5. Mal
30D. Oír	1. Excelente	2. Muy bien	3. Bien	4. Mas o menos	5. Mal
30E. Salud mental	1. Excelente	2. Muy bien	3. Bien	4. Mas o menos	5. Mal

31. ¿Actualmente tiene una de estas discapacidades?

31A. Discapacidad auditiva (sorda o dificultad grave para poder oír)	1. Sí	0. No	2. No sé
31B. Discapacidad visual (ceguera o dificultad grave para poder ver, aún con lentes)	1. Sí	0. No	2. No sé
31C. Discapacidad cognitiva (dificultad para recordar, concentrar, o hacer decisiones)	1. Sí	0. No	2. No sé
31D. Discapacidad ambulatoria (dificultad grave para caminar, andar o subir escaleras)	1. Sí	0. No	2. No sé
31E. Discapacidad psiquiátrica o mental (diagnosic psiquiátrica o de salud mental)	1. Sí	0. No	2. No sé

32. ¿Que tipo de seguro medico tiene, si es que tiene?

- h. Ninguno
- i. Medi-Cal (Medicaid)
- j. Medi-Care
- k. My Health LA
- l. VA (Veteran's Administration)
- m. Seguro privado
- n. Otro: _____

33. ¿A donde acude para cuidado de salud o cuando no se siente bien?

- f. Hospital
- g. Clínica
- h. VA (Administración de Veteranos)
- i. Otro: _____
- j. No voy a ningún lugar para el cuidado médico

34. ¿Alguna vez se a hecho una mamografía o papanicolaou?

- 1. Sí
- 0. No
- 2. No sé

35. ¿En los últimos 12 meses a tenido resultados de un papanicolaou o mamografía abnormal?

- 1. Sí
- 0. No
- 2. No sé

Si sí,

35A. Especifique: 1. Papanicolau abnormal 2. Mamografía abnormal 3. Ambos

35B. ¿Pudo obtener o recibir tratamiento subsecuente para sus resultados abnormales?

- 1. Sí
- 0. No
- 2. No sé

35C: Si no obtuvo tratamiento, explique por qué: _____

Last updated: 1/11/16

36. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual?
(Circule todas las que aplican)

- a. Clamidia
- b. Sífilis
- c. Gonorrea
- d. VIH / SIDA

37. ¿Alguna vez a recibido tratamiento por alguna condición de salud mental?

1. Sí 0. No 2. No sé

38. ¿Actualmente está recibiendo tratamiento por una condición de salud mental?

1. Sí 0. No 2. No sé

39. ¿En los últimos 12 meses, se a inyectado drogas (no medicina)?

1. Sí 0. No 2. No sé

40. Si está en recuperación de drogas/alcohol, ¿que ayuda necesita para mantenerse en recuperación? (por ejemplo: vivienda, mas centros de tratamiento para las drogas/alcohol en esta comunidad) _____

41. ¿En los últimos 12 meses, ha ido a la sala de emergencias de un hospital?

1. Sí 0. No 2. No sé

Si sí,

41A. ¿Cual fue la razón por la visita a la sala de emergencia? _____

41B. ¿En los últimos 12 meses, cuantas veces ha ido a la sala de emergencias? _____

41C. ¿En los últimos 12 meses, cuantas veces a sido hospitalizada (incluya hospital y clínica de salud mental)?

IV. SEGURIDAD

42. En los últimos 12 meses, ¿usted experimentó la violencia? 1. Sí 0. No

42A. ¿Si sí, cuantas veces en los últimos 12 meses? _____

43. ¿En los últimos 12 meses, a tenido alguna interacción con la policía? 1. Sí 0. No

43A. ¿Si sí, en que contexto fue su interacción con la policía? (Circule todas las que aplican)

- k. Recibí una citación
- l. Fui arrestada
- m. Busqué asistencia de la policía (por ejemplo: llamar al 911, o visita a la Estación Central localizada en las calles 6 y Wall)
- n. Me pararon, me cuestionaron, y/o me detuvieron en la calle
- o. Estuvo en custodia en la Estación Central (calles 6 y Wall)
- p. Oficiales hicieron una redada en mi edificio
- q. Tuve una interacción no apropiada o abusiva con un oficial (por ejemplo: acoso sexual, abuso)
- r. Me sentí como criminal solo por no tener vivienda
- s. Otro: _____

SI SÍ A: 15N, 15O, 15P, Y/O 15Q, POR FAVOR COMPLETAR LA SECCION A.

SI NO A: 15N, 15O, 15P, Y/O 15Q, POR FAVOR IGNORE LA SECTION A.

-----COMIENZO DE LA SECCION A-----

A-1. ¿A intercambiado sexo por dinero, por alcohol o drogas, vivienda/albergue, comida, u otras cosas?

1. Sí 0. No 2. No sé

A-1A. ¿Si sí, a causa de eso a sido victimas de abuso o violencia domestica?

1. Sí 0. No 2. No sé

A-2. ¿Alguna vez a sufrido un abuso o trauma por el cual no recibio ayuda o asistencia?

1. Sí 0. No 2. No sé

A-3. ¿Si sufrió un asalto sexual, cuantos años tenía?

- e. Antes de los 18 (menor de edad)
- f. A los 18 o más grande (de adulta)
- g. Ambos (como menor y adulta)
- h. No me aplica

A-4. ¿Si sufrió violencia domestica/interpersonal, cuantos años tenía?

- i. Antes de los 18 (menor de edad)
- j. A los 18 o más grande (de adulta)
- k. Ambos (como menor y adulta)
- l. No me aplica

Last updated: 1/11/16

A-5. ¿Dónde le ocurrió la violencia domestica y/o acoso sexual?

- e. En esta comunidad del centro de Los Angeles
- f. Otra comunidad
- g. Ambas a) y c)
- h. No me aplica

A-6. ¿Quién fue/fueron los atacantes/abusadores? (*Circule todos los que aplican*)

- | | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| k. Amigo/Conocido/Socio | p. Extraño |
| l. Esposo/pareja | q. Policía |
| m. Vecino | r. Oficial de seguridad (no policía) |
| n. Padre/madre | s. Otro: _____ |
| o. Otro pariente | t. No aplica |

-----FIN DE LA SECCION A-----

44. ¿Hay alguna otra cosa que le gustaría decirnos sobre los servicios o vivienda que hay para mujeres en el centro de Los Ángeles, ideas que usted tenga para mejora estos servicios, u otros problemas en la comunidad?

45. Nos gustaría mantener grupos de discusión después de la encuesta. Los grupos de enfoque se producirá en un momento separado después de este día de la encuesta. ¿Está interesado en participar en estos grupos de enfoque? (*Si la participante está interesada, por favor tenga la participante incluye su información de contacto en el formulario "Grupos de enfoque: Información de Contacto"*)

Ofrézcale a la encuestada un regalo y volante con información.

Muchas gracias por tomarse el tiempo y participar en nuestra encuesta. Apreciamos su asistencia.