



LOS ANGELES COUNTY

Aging & Disabilities Department

Plan Estrategico de Servicios para Discapacidades en el Condado de Los Angeles

El Departamento de Envejecimiento y Discapacidades del Condado de Los Ángeles ha colaborado con la Comisión sobre Discapacidades del Condado de Los Ángeles (LACCOD, por sus siglas en inglés) y con Public Consulting Group (PCG) para desarrollar esta encuesta, con PCG como administrador.

Esta encuesta trata sobre las oportunidades, brechas y necesidades de los servicios para personas con discapacidades en la región de Los Ángeles. Los resultados de la encuesta guiarán el desarrollo del Plan Estratégico de Servicios para Personas con Discapacidades del Departamento de Envejecimiento y Discapacidades del Condado de Los Ángeles. Esto permitirá la creación de una hoja de ruta a cinco años para ampliar y mejorar los servicios (según la disponibilidad de fondos) para personas con discapacidades en la región de Los Ángeles.

Gracias por tomarse el tiempo para responder a nuestra encuesta. Queremos saber de su experiencia con los servicios y programas que apoyan a las personas con discapacidades. Esta encuesta tomará aproximadamente 15 minutos para completar. Sus respuestas son confidenciales y se utilizarán para dar forma al plan estratégico del Departamento de Envejecimiento y Discapacidades. Ninguna información que lo identifique se compartirá. Algunas preguntas

pueden generar emociones fuertes. Si en algún momento desea omitir una pregunta, siéntase libre para hacerlo. También puede volver a esta encuesta más tarde y completarla en cualquier momento.

Si conoce a alguien que estaría interesado en completar esta encuesta (personas con una discapacidad, sus familiares o cuidadores), por favor enviarle el siguiente enlace:

<https://s.alchemer.com/s3/LA-County-Disabilities-Strategic-Plan>

Los encuestados pueden usar el menú desplegable en la esquina de arriba al lado derecho de la pantalla para seleccionar su idioma preferido. La encuesta está disponible en los siguientes 14 idiomas:

- **Inglés**
- **Árabe**
- **Armenio**
- **Chino (simplificado)**
- **Farsi**
- **Hindi**
- **Japonés**
- **Khmer/Camboiano**
- **Coreano**
- **Ruso**
- **Español**
- **Tagalo**
- **Tailandés**
- **Vietnamita**

También puede descargar la encuesta y compartirla con otras personas. Puede completarla y enviarla por correo postal o electrónico a esta dirección:

Departamento de Envejecimiento y Discapacidades

**Atención: Guillermo Medina
510 South Vermont Ave, 11° Piso
Los Ángeles, California 90020
info@ad.lacounty.gov**

¡Queremos escuchar a todos! La encuesta estará disponible solamente hasta el 21 de agosto de 2025.

Si necesita servicios o apoyo, llame a la Línea Directa de Información y Asistencia del Área sobre el Envejecimiento al (800) 510-2020, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Este número debe usarse solamente para solicitar servicios y apoyos.

**Las preguntas relacionadas a esta encuesta deben ser dirigidas al equipo de encuestas de PCG al correo electrónico:
LACoDisabilitySurvey@pcgus.com.**

1) ¿Está completando esta encuesta usted mismo, o en nombre de otra persona con discapacidad?

☐ Yo tengo una discapacidad y estoy completando esta encuesta yo mismo

☐ Yo estoy completando esta encuesta en nombre de otra persona. Soy miembro de su familia

☐ Yo estoy completando esta encuesta en nombre de otra persona. Soy su cuidador(a)

☐ Yo estoy completando esta encuesta en nombre de otra persona. Soy su amistad

☐ Yo estoy completando esta encuesta en nombre de otra persona. Soy su defensor(a)

☐ Yo estoy completando esta encuesta en nombre de otra persona. Mi relación con la persona no esta incluida en la lista anterior

Acerca de Usted

Gracias. Para el resto de esta encuesta, por favor responda como si usted fuera la persona con discapacidad por la que usted está respondiendo. Trate de pensar como esa persona respondería a estas preguntas.

2) ¿Cual es su edad?

- ☐ 0-17
- ☐ 18-34
- ☐ 35 - 59
- ☐ 60-64
- ☐ 65 - 74
- ☐ 75 - 84
- ☐ 85+

3) Por favor seleccione todas las opciones que son verdaderas sobre usted:

- ☐ Soy una persona con una discapacidad física o relacionada con la movilidad
- ☐ Soy una persona con una discapacidad visual (por ejemplo, ceguera, baja visión)
- ☐ Soy una persona con una discapacidad auditiva (por ejemplo, sordera, dificultad para oír)
- ☐ Soy una persona con una discapacidad intelectual o del desarrollo (por ejemplo, autismo, síndrome de Down)
- ☐ Soy una persona con una discapacidad cognitiva o de aprendizaje (por ejemplo, TDAH, dislexia)
- ☐ Soy una persona con una condición de salud mental o emocional
- ☐ Soy una persona con una condición relacionada con el uso de sustancias
- ☐ Soy una persona con una condición médica crónica o relacionada con la salud (por ejemplo, diabetes, artritis, enfermedades cardíacas, VIH/SIDA)
- ☐ Tengo un diagnóstico de una condición neurológica (por ejemplo, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, epilepsia)

- ☐ Tengo un diagnóstico de parálisis cerebral.
- ☐ Tengo un diagnóstico de una lesión cerebral traumática (TBI, por sus siglas en inglés)
- ☐ Tengo un diagnóstico de Alzheimer, demencia u otra condición relacionada con la memoria
- ☐ Me identifico como una persona con discapacidad no descrita anteriormente.
- ☐ Ninguna de estas afirmaciones es verdadera en mi caso ([Navegación: Si se selecciona esta respuesta, ir a la página de agradecimiento](#))
-

Barreras

4) Debido a mi discapacidad, he encontrado los siguientes tipos de barreras al tratar de completamente participar en mi comunidad, acceder a los servicios necesarios o mantener mi independencia: (Por favor seleccione todas las que correspondan)

- ☐ Barreras físicas (por ejemplo, edificios inaccesibles, aceras, rampas, estacionamiento, baños)
- ☐ Barreras de transporte (por ejemplo, viaje, transporte público poco confiable, paratransito inadecuado, falta de vehículos accesibles)
- ☐ Barreras de comunicación (por ejemplo, falta de intérpretes de lenguaje de señas, subtítulos o materiales en formatos alternativos)
- ☐ Barreras tecnológicas (por ejemplo, sitios web, aplicaciones, quioscos que son difíciles o imposibles de usar)
- ☐ Barreras de acceso a programas (por ejemplo, procesos de solicitud complicados, restricciones de elegibilidad, falta de adaptaciones)
- ☐ Barreras de brechas en programas (por ejemplo, los programas que necesito/a no existen en mi área)

- ☐ Barreras de actitud (por ejemplo, discriminación, falta de concientización o respeto por parte de miembros de la comunidad, proveedores de servicios o departamentos del condado)
 - ☐ Falta de capacitación para los proveedores de servicios para personas con discapacidades o el personal del departamento
 - ☐ Barreras financieras (por ejemplo, costo de los servicios, equipos o atención de apoyo)
 - ☐ Aislamiento social o falta de redes de apoyo social
 - ☐ Otras barreras no mencionadas anteriormente
-

Bienestar general

Gracias. Las siguientes preguntas son más sobre su bienestar y salud en general. Si está completando esta encuesta en nombre de otra persona, recuerde de responder como si usted fuera la persona con discapacidad por la que está respondiendo. Trate de pensar en cómo esa persona respondería a estas preguntas.

5) ¿Cuál de las siguientes mejor describe su acceso a cuidado médico? Por favor seleccione todo lo que aplique.

- ☐ No hay suficientes doctores o proveedores médicos en mi área
- ☐ Lugares de cuidado médico no son accesibles o son difícil de acceder
- ☐ Lugares de cuidado médico no son accesibles cuando estoy adentro (por ejemplo, no pueden acomodar una silla de ruedas, no puedo subirme a una mesa de examen, no hay un elevador para ayudarme a transferirme, etc.)
- ☐ No puedo pagar para ver a un médico si estoy enfermo/a
- ☐ Puedo ver a un médico cuando lo necesito

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones?

6) En las últimas dos semanas, he tenido suficiente dinero para cubrir mis necesidades.

- ☐ Totalmente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo o en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Totalmente de acuerdo

7) Estoy satisfecho(a) con mi capacidad para hacer las cosas que necesito hacer todos los días. Por ejemplo, pagar cuentas, hacer las compras, cocinar, limpiar la casa, etc.

- ☐ Totalmente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo o en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Totalmente de acuerdo

8) ¿Puede trabajar tanto como le gustaría?

- ☐ Sí, estoy empleado(a) y trabajo tanto como me gustaría
- ☐ No, estoy empleado(a), pero no trabajo tanto como me gustaría
- ☐ No, no estoy empleado(a) y me gustaría trabajar
- ☐ Estoy jubilado(a)/he terminado de trabajar/no deseo trabajar

(Navegación: Si la respuesta es “No, estoy empleado(a), pero no trabajo tanto como me gustaría” o “No, no estoy empleado(a) y me gustaría trabajar” pase a la siguiente pregunta, de lo contrario pase a la pregunta 11)

Trabajo

9) ¿Por qué no puede trabajar tanto como le gustaría? Por favor, seleccione todas las razones que apliquen a su situación.

☐ No hay suficientes oportunidades ([Pase a la pregunta 11](#))

☐ Mi discapacidad u otra condición médica hace que sea difícil para yo trabajar más ([Pase a la siguiente pregunta](#))

☐ Mi transporte hace que sea difícil para yo trabajar más ([Pase a la siguiente pregunta](#))

☐ Necesito más educación, capacitación o un certificado para obtener el tipo de trabajo que deseo ([Pase a la siguiente pregunta](#))

☐ Necesito ayuda para encontrar y mantener empleo ([Pase a la pregunta 11](#))

☐ Otra razón ([Pase a la pregunta 11](#))

Trabajo (Continuación)

10) ¿Sabe dónde encontrar recursos para el empleo, como la junta de desarrollo laboral o rehabilitación vocacional?

☐ Sí, y he trabajado con estos grupos antes

☐ Sí, pero aún no he trabajado con estos grupos

☐ No, pero sé que hay recursos disponibles

☐ No, no sabía que hay recursos disponibles

Alojamiento

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones?

11) Puedo pagar una vivienda independiente (alquiler, hipoteca u otro tipo de pago) cada mes.

- ☐ Totalmente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo o en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Totalmente de acuerdo

12) Puedo encontrar vivienda accesible en mi área.

- ☐ Totalmente en desacuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Ni de acuerdo o en desacuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ Totalmente de acuerdo
-

Entorno

13) ¿Tiene dificultades para llegar o moverse dentro de alguno de los siguientes tipos de lugares? Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Consultorios médicos o servicios de salud
- ☐ Proveedores de servicios sociales
- ☐ Actividades recreativas
- ☐ Tiendas y lugares de negocios
- ☐ Lugar donde trabaja, le gustaría trabajar o hacer trabajo voluntario
- ☐ Restaurantes
- ☐ Bancos
- ☐ Hoteles
- ☐ Algún otro tipo de lugar
- ☐ Ninguno de estos

14) ¿Ha tenido que contactar a los servicios de emergencia, como bomberos o ambulancia, en el último año?

- ☐ Sí
- ☐ No

(Navegación: Si es así, pase a la siguiente pregunta; si no, pase a la pregunta 16)

15) ¿Recibió los servicios de emergencia que necesitaba?

- ☐ Sí
- ☐ No

16) ¿Tiene un plan de preparación para emergencias en caso de una emergencia o desastre (por ejemplo, un plan de evacuación, acceso a suministros médicos o transporte)?

☐ Sí

☐ No

17) ¿Tiene identificada a una persona de contacto en caso de una emergencia o desastre (por ejemplo, un familiar, amigo o cuidador)?

☐ Sí

☐ No

Transporte

Si está completando esta encuesta en nombre de otra persona, recuerde de responder como si usted fuera la persona con discapacidad por la que está respondiendo. Trate de pensar en cómo esa persona respondería a estas preguntas.

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones?

18) El transporte público es accesible para mí.

☐ Totalmente en desacuerdo

☐ En desacuerdo

☐ Ni de acuerdo o en desacuerdo

☐ De acuerdo

☐ Totalmente de acuerdo

19) El transporte público es económico para mí.

- ☐ Totalmente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo o en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Totalmente de acuerdo

20) ¿Cómo se mueve normalmente por Los Ángeles? Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Camino, corro o me desplazo por mis propios medios
 - ☐ Ando en bicicleta
 - ☐ Un automóvil privado del que yo soy dueño o de otra persona que conozco
 - ☐ Transporte público
 - ☐ Metro
 - ☐ Un servicio de transporte privado, como taxi, Uber o Lyft
 - ☐ Un servicio de transporte proporcionado por otra persona, como ButterFLi Assisted Transportation o Access Paratransit
 - ☐ Algún otro método
-

Acceso a Servicios

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones?

21) En general, puedo acceder a internet de manera confiable.

- ☐ Totalmente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo o en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Totalmente de acuerdo

22) Tengo lo que necesito para comunicarme eficazmente en mi vida diaria (por ejemplo, intérprete, tecnología de apoyo para la comunicación, opciones de comunicación alternativa, etc.)

- ☐ Totalmente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo o en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Totalmente de acuerdo

23) ¿Utiliza actualmente algún servicio público de apoyo? (Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Servicios médicos y de salud (incluyendo asesoramiento sobre seguros)
- ☐ Servicios de salud mental / salud conductual
- ☐ Apoyos de bienestar, como llamadas de bienestar telefónicas
- ☐ Asistencia en efectivo, ayuda general
- ☐ Programas de cuidado infantil

- ☐ Programas de bienestar infantil
- ☐ Servicios de apoyo en el hogar (bañarse, vestirse, preparar comidas, quehaceres)
- ☐ Programas de apoyo laboral o de empleo
- ☐ Servicios de alimentación y nutrición
- ☐ Centros Regionales
- ☐ Centros de Vida Independiente
- ☐ Apoyos de transporte
- ☐ Programa de vivienda de apoyo o de vivienda económica
- ☐ Programas de modificación del hogar
- ☐ Apoyos para cuidadores
- ☐ Gestión de casos
- ☐ Iniciativas de participación social
- ☐ Apoyos de comunicación (intérpretes, etc.)
- ☐ Programas para veteranos
- ☐ Apoyos o programas para el uso de sustancias
- ☐ Otro
- ☐ No, no utilizo servicios públicos disponibles

(Navegación: Si la respuesta es “No, no utilizo servicios públicos disponibles”, vaya a la pregunta 24. Para todas las demás respuestas, pase a la pregunta 25)

Acceso a Servicios (Continuación)

24) ¿Por qué no utiliza actualmente los servicios públicos disponibles?

- ☐ No necesito servicios en este momento
- ☐ Dependo de amigos y familiares para recibir apoyo
- ☐ No sabía que existían servicios para ayudarme
- ☐ No sé cómo acceder a los servicios
- ☐ Me han dicho que no califico para los servicios
- ☐ Otra razón

(Navegación: Después de la pregunta 24, pase a la pregunta 27)

25) ¿Cómo se conectó con estos servicios? Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ A través de internet
- ☐ Por una llamada telefónica
- ☐ A través de mi escuela
- ☐ A través de mi trabajo
- ☐ Hablé con mi proveedor de atención primaria
- ☐ Hablé con un especialista (por ejemplo, neurólogo, fisioterapeuta, proveedor de salud mental)
- ☐ A través del hospital
- ☐ A través del condado o del estado
- ☐ A través de mi proveedor de seguro médico
- ☐ Amigos o familiares me recomendaron estos servicios
- ☐ A través de un Centro Regional
- ☐ A través de un Centro de Vida Independiente

☐ Otra manera

26) ¿Qué cosas le preocupan sobre la posibilidad de perder acceso a los servicios? Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan.

☐ Por cosas que escucho en las noticias

☐ Por cuestiones económicas

☐ Por un cambio en mi situación laboral

☐ Por un cambio en mi situación de vivienda

☐ Por un cambio en mi situación sentimental (por ejemplo, casarme)

☐ Por otras razones

☐ No me preocupa perder acceso a los servicios

27) ¿Cuál es su plan si ya no puede acceder a los servicios que utiliza actualmente? Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan.

☐ Actualmente conozco otros servicios en mi comunidad que usaría

☐ Dependeré de amigos y familiares

☐ Tendré que mudarme a un hogar de ancianos u otra institución

☐ Tendré que mudarme dentro del Condado de Los Ángeles

☐ Tendré que mudarme fuera del Condado de Los Ángeles

☐ Lo he pensado, pero no tengo un plan alternativo

☐ No lo he pensado

28) Actualmente tengo dificultades con o me gustaría ver más programas para:

- ☐ Información sobre qué servicios existen y cómo encontrarlos
 - ☐ Conectarse o iniciar servicios
 - ☐ Transporte
 - ☐ Vivienda
 - ☐ Acceso a alimentos
 - ☐ Opciones de salud / atención médica accesible
 - ☐ Acceso a programas y espacios recreativos públicos
 - ☐ Apoyos de idioma y comunicación (servicios de traducción, tecnología de comunicación, opciones alternativas de comunicación, etc.)
 - ☐ Oportunidades de empleo
 - ☐ Participación comunitaria y oportunidades sociales
 - ☐ Vecindarios y lugares más accesibles
 - ☐ Apoyo para navegar múltiples sistemas y programas
-

Datos demográficos

Finalmente, por favor cuéntenos un poco más sobre usted. Todas las preguntas son opcionales y no tiene que responder si no desea hacerlo.

29) ¿Cuál es su raza y origen étnico? Por favor seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Hispano o latino
- ☐ Medio oriental o norteafricano
- ☐ Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
- ☐ Blanco
- ☐ Otra raza no listada

30) ¿Qué idioma habla principalmente en casa?

- ☐ Inglés
- ☐ Árabe
- ☐ Armenio
- ☐ Chino (mandarín, cantonés u otro dialecto)
- ☐ Farsi
- ☐ Hindi
- ☐ Japonés
- ☐ Khmer/Camboiano
- ☐ Coreano
- ☐ Ruso
- ☐ Español
- ☐ Tagalo
- ☐ Tailandés
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otro

31) ¿Con qué género se identifica? Por favor seleccione la opción que mejor describa cómo se identifica.

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ No binario
- ☐ Otro género no listado

32) ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- ☐ Menos de escuela secundaria
- ☐ Diploma de escuela secundaria o GED
- ☐ Algo de universidad, sin título
- ☐ Título de asociado
- ☐ Título de licenciatura
- ☐ Título de maestría
- ☐ Título doctoral o profesional
- ☐ Certificación técnica o profesional

33) ¿Cuál es su situación laboral actual?

- ☐ Empleado/a, trabajando a tiempo completo (32 horas o más a la semana)
- ☐ Empleado/a, trabajando a tiempo parcial
- ☐ Desempleado/a y buscando trabajo
- ☐ Desempleado/a pero no buscando trabajo actualmente
- ☐ Otra situación

34) Cual es su código postal?

35) ¿Hay algo más que le gustaría dejarnos saber sobre los servicios para personas con discapacidades en el Condado de Los Ángeles o algo más que quiera decir sobre sus respuestas anteriores? Si desea mantenerse informado(a) sobre el próximo plan estratégico o sobre futuros servicios para personas con discapacidades del Departamento de Envejecimiento y Discapacidades del Condado de Los Ángeles, por favor incluya su correo electrónico aquí.

Gracias

Gracias por compartir su perspectiva. Su experiencia y liderazgo están dando forma al futuro de la inclusión de personas con discapacidades en Los Ángeles. Agradecemos profundamente su tiempo e información. Sus respuestas ayudarán al Departamento de Envejecimiento y Discapacidades del Condado de Los Ángeles a crear un Plan Estratégico de Servicios para Personas con Discapacidades que sirva de la mejor manera posible a todas las personas de nuestra comunidad que viven con una discapacidad o apoyan a alguien con una.

Las preguntas relacionadas con esta encuesta deben ser dirigidas al equipo de encuestas de PCG al correo electrónico:

LACoDisabilitySurvey@pcgus.com.