



¡Bienvenidos a la encuesta comunitaria del Proyecto de Renovación Park Place!

La Autoridad de Vivienda del Condado de Clackamas (HACC por sus siglas en inglés) está solicitando a los vecinos su opinión sobre las mejoras necesarias en servicios y áreas comunes existentes, y los elementos que se deben considerar para el Proyecto de Renovación Park Place.

Esta encuesta es completamente anónima. HACC no podrá ver las respuestas de manera individual. La encuesta no le tomara más de 5 minutos.

1. ¿En qué unidad habitacional vive usted?

- Clackamas Heights
- Oregon City View Manor
- Vivo en el vecindario Park Place

Other (please specify)

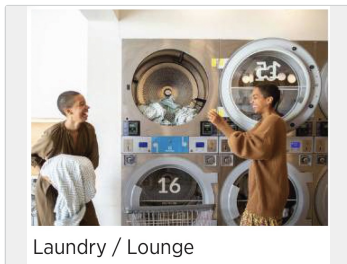
2. ¿Cuáles son sus espacios favoritos dentro de Clackamas Heights o el Oregon City View Manor? Por favor seleccione las opciones que apliquen.

- Áreas comunes
- Centro Comunitario
- Senderos / áreas para caminar
- Árboles
- Áreas de juegos
- Canchas de basquetbol
- Jardín comunitario

Otro (Por favor especifique)

3. ¿Usted considera que hay áreas en Clackamas Heights o en Oregon City View Manor que necesitan mejoras? ¿Como pueden ser mejoradas? *Por ejemplo, jardines comunitarios más grandes, espacios más limpios, etc.*

* 4. ¿De la siguiente lista de necesidades básicas, cuales le gustaría tener en la nueva unidad? Seleccione únicamente tres respuestas.

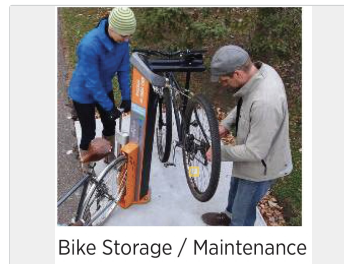


Laundry / Lounge

Lavandería

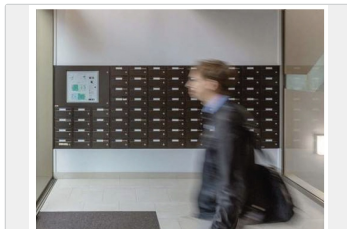


Cocina comunitaria



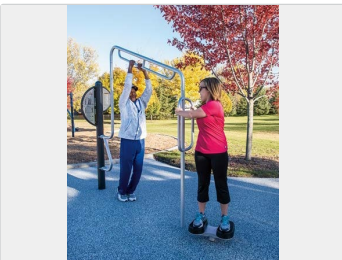
Bike Storage / Maintenance

Cuarto para bicicletas

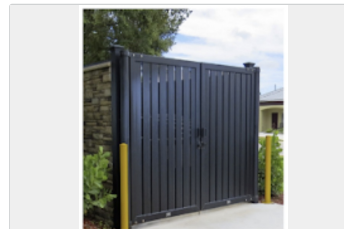


Mail Room

Área para guardar correspondencia



Área para hacer ejercicio



Secure Waste Enclosure

Área para guardar desechos

Otro

5. Si seleccionó **“otro”**, por favor describa que otra **necesidad básica** le gustaría agregar.

* 6. ¿De la siguiente lista de espacios de apoyo, cuales le gustaría tener en la nueva unidad? Seleccione únicamente tres respuestas

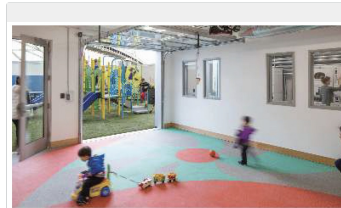


Child Care

Guardería infantil

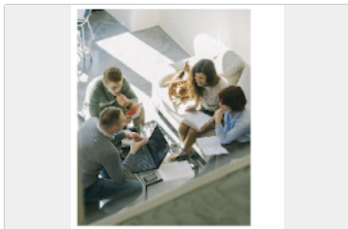


Cursos de habilidades para la vida



Indoor Play

Áreas de juegos interior



Service Provider Offices

Oficinas de servicios de apoyo



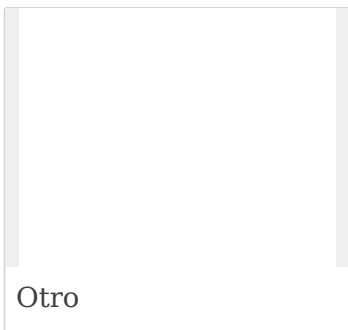
Food Pantry

Despensa comunitaria



Teen Gathering

Área para adolescentes



Otro

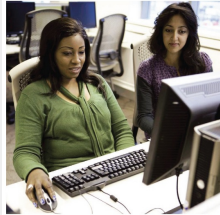
7. Si seleccionó “otro”, por favor describa que otro espacio de apoyo le gustaría agregar.

* 8. ¿De la siguiente lista de actividades, cuáles le gustaría poder realizar en la nueva unidad? Seleccione únicamente tres respuestas.



Music

Espacios para música



Workforce Training

Capacitación laboral



Computer Stations

Computadoras



Shared Library

Biblioteca compartida



Study / WFH

Área de estudio



Maker Space

Área de creatividad



Espacios amplios para reuniones



Area de picnic



Cancha de Basquetbol

Otro

9. Si seleccionó “otro”, por favor describa que otro **servicio** le gustaría agregar.

* 10. ¿De la siguiente lista de **servicios móviles**, cuáles le gustaría poder tener en la nueva unidad? Seleccione únicamente tres respuestas.



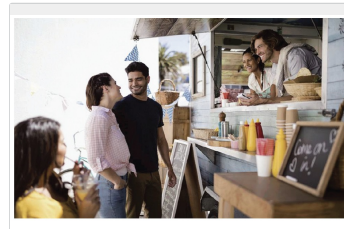
Mobile Libraries

Bibliotecas móviles



Mobile Farmers Markets

Mercaditos



Food Carts

Carritos de comida



Mobile Health Services

Servicios de salud
móvil

Otro

11. Si seleccionó “otro”, por favor describa que otro **servicio móvil** le gustaría agregar.

Cuéntenos sobre usted

El objetivo de las siguientes preguntas demográficas es saber de qué sectores de la comunidad estamos recibiendo respuestas, y de qué sectores no. Las preguntas son anónimas. HACCC no compartirá su información con nadie más.

12. ¿Cuál es su género?

- Femenino
- Masculino
- No binario
- Prefiero no responder

Otro (Por favor especifique)

13. De la siguiente lista, ¿con que raza o etnicidad se identifica usted?
Seleccione las opciones que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> India/o Americana/o o Nativa/o de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativa/o Hawaiana/o o Isleña/o del Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Asiatica/o o Asiatica/o Americana/o | <input type="checkbox"/> Slava/o |
| <input type="checkbox"/> Negra/o o Afro Americana/o | <input type="checkbox"/> Blanca/o |
| <input type="checkbox"/> Hispana/o o Latina/o | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |
| <input type="checkbox"/> Medio Oriente o del Norte de Africa | |

Otro (Por favor especifique)

14. ¿Qué edad tiene usted?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Menos de 18 | <input type="radio"/> 45-54 |
| <input type="radio"/> 18-24 | <input type="radio"/> 55-64 |
| <input type="radio"/> 25-34 | <input type="radio"/> Mas de 65 |
| <input type="radio"/> 35-44 | |

15. ¿Cuál es el principal idioma que hablan en su casa? Por favor seleccione las opciones que apliquen

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Ruso |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas |
| <input type="checkbox"/> Ucraniano | |

Otro (Por favor especifique)

16. ¿Padece usted alguna de las siguientes dificultades?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para escuchar o sordera | <input type="checkbox"/> Dificultad para asearse o vestirse |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para ver o ceguera | <input type="checkbox"/> Dificultad para vivir de forma independiente, por ejemplo, no poder hacer mandados o ir solo/a a visitar médicas. |
| <input type="checkbox"/> Dificultades cognitivas generadas por problemas físicos o mentales, por ejemplo, dificultad para recordar cosas, concentrarse, o tomar decisiones | <input type="checkbox"/> No tengo ninguna dificultad de accesibilidad |
| <input type="checkbox"/> Dificultades para caminar o subir escaleras | |

Otro (Por favor especifique)

Gracias por su participación en esta encuesta.

Si tiene preguntas o comentarios, envíe un correo electrónico a GLaFleur@clackamas.us.

Esperamos verle pronto en algunas de las actividades de participación comunitaria para este proyecto.