



Maryland Attorney General's **COVID-19 Access to Justice Task Force**

Encuesta a beneficiarios de servicios

A QUIEN RESPONDE ESTA ENCUESTA: POR FAVOR CONSERVE ESTA HOJA

La siguiente encuesta ha sido diseñada para personas mayores de 18 años que han solicitado servicios legales, de cuidado de salud u otros (como vivienda, ayuda para encontrar empleo, etc.) O que viven en hogares en grupo, albergues, instalaciones y otros arreglos de vivienda con personal en Maryland. La encuesta será usada por el Equipo Especial de Acceso a la Justicia en COVID-19 (COVID-19 Task Force on Access to Justice) de la Oficina del Fiscal General para saber más sobre los problemas causados por la pandemia y asegurar el acceso equitativo a la justicia en Maryland.

Las preguntas son sobre los problemas causados o empeorados por la pandemia y pueden incluir temas sensibles como pérdida, negligencia y abuso.

Por favor tenga en cuenta que:

- La encuesta es voluntaria.
- Usted puede responder todas las preguntas, alguna o ninguna.
- Saltarse preguntas o no responder a la encuesta no afectará ninguno de los servicios que usted está solicitando, para los que es elegible que está recibiendo.
- La encuesta es anónima. Nadie conocerá su identidad, ni dónde está o lo que usted respondió.
- No se hará ningún pago por responder a la encuesta.

Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante en la encuesta, por favor llame a Gay Hutchen, Administrador del IRB, al (410) 767-8448 o escríbale a Gay.Hutchen@maryland.gov.

Si tiene preguntas sobre la encuesta misma, por favor contacte al proveedor del servicio de quien usted recibió la encuesta.

Al responder a las siguientes preguntas, usted acepta que sean usadas por el Equipo especial (Task Force) para hacer recomendaciones a otras ramas del gobierno.

Su ayuda es importante. Muchas gracias. ¡Le agradecemos su valioso tiempo!

¿NECESITAS AYUDA?



ALIMENTO



REFUGIO



CUENTAS DE PAGA

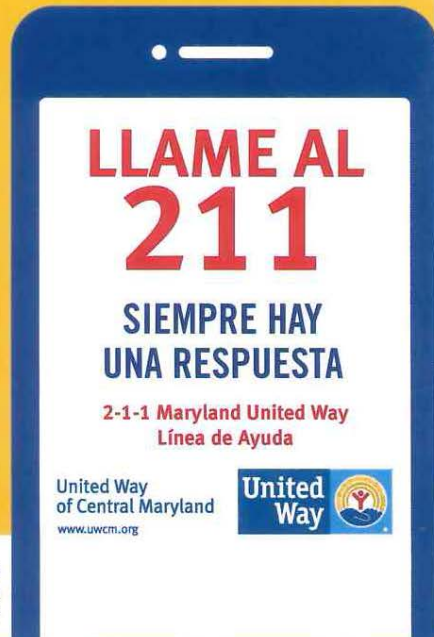


CONSIGA CUIDADO



AYUDA FISCAL

Llamada gratuita, información confidencial y recomendaciones acerca de recursos de salud, 24 horas al día, 7 días a la semana, en 150 idiomas



Se aplicarán las tarifas habituales a los usuarios de teléfono celular.

Corte por la línea de puntos para llevar contigo esta información

Llame al 2-1-1



Si usted no puede localizarnos a través del 2-1-1, hágalo en:

Area de Baltimore 410.685.0525
Cualquier otro lugar en Maryland 1.800.492.0618
TTY (para personas con discapacidad auditiva) entre semana de 8:30 a 4:45 410.685.2159

Se aplicarán las tarifas habituales a los usuarios de teléfono celular

United Way of Central Maryland
1800 Washington Boulevard, Suite 340
Baltimore, MD 21230



¡Le agradecemos sus respuestas y por contribuir a informarnos sobre los problemas causados por el COVID-19!

Por favor tenga en cuenta que si usted ofrece información sobre abuso o victimización, esta encuesta no equivale a un reporte. Si usted ha sido víctima de un crimen, le recomendamos comunicarse con la policía o pedir ayuda de MD 211 llamando al 2-1-1 o contactando info@211md.org.

1. Verificación de la edad

- Yo verifico que tengo 18 años o más.

Solicitantes de servicios

2. Desde marzo de 2020, ¿usted ha solicitado servicios como asistencia para vivienda o empleo, orientación psicológica, beneficios, educación, cuidado de niños, asistencia legal o de inmigración?

- Sí No → *Salte a la pregunta 14*

3. ¿Qué tipo de servicios ha solicitado desde marzo de 2020? (Marque todos los que apliquen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vivienda | <input type="checkbox"/> Asistencia legal |
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Asistencia con beneficios |
| <input type="checkbox"/> Orientación psicológica | <input type="checkbox"/> Asistencia para vivir |
| <input type="checkbox"/> Asistencia médica | <input type="checkbox"/> Inmigración |
| <input type="checkbox"/> Uso de sustancias | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> Comestibles o comida | <input type="checkbox"/> Servicios educativos |

4. Desde que comenzó la crisis de salud del COVID-19, mi **situación de vivienda** ha cambiado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No hubo cambio/No es aplicable | <input type="checkbox"/> Comparto la vivienda o tengo un inquilino para reducir la renta o para tener otros ingresos |
| <input type="checkbox"/> Perdí mi vivienda actual | <input type="checkbox"/> Albergué a amigos o parientes que necesitan un lugar donde estar |
| <input type="checkbox"/> Estuve en un albergue | <input type="checkbox"/> Estoy encarando o voy a encarar un desalojo |
| <input type="checkbox"/> Tuve que vivir en las calles por falta de vivienda | <input type="checkbox"/> No pude ir a un albergue porque estaba lleno |
| <input type="checkbox"/> No pude obtener vivienda para estudiantes | <input type="checkbox"/> No pude ir a un albergue porque mis necesidades físicas me impidieron entrar |
| <input type="checkbox"/> Evité quedarme en un albergue por temor al COVID-19 | <input type="checkbox"/> No pude ir a un albergue por otras razones, como mi orientación sexual, el tamaño de mi familia o personas en ella, o por usar sustancias. |
| <input type="checkbox"/> Tuve que mudarme a una vivienda menos segura/menos estable | <input type="checkbox"/> Otra (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Tuve que vivir con una pareja, pariente(s) y/u otras personas peligrosas o violentas | |
| <input type="checkbox"/> No pude pagar la renta | |

5. Desde que comenzó la crisis de salud del COVID-19, mi **empleo** ha cambiado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No hubo cambio/No es aplicable | <input type="checkbox"/> Perdí la ayuda necesaria para realizar mi trabajo de manera más segura |
| <input type="checkbox"/> Perdí el trabajo | <input type="checkbox"/> Tuve que cambiar de empleo inesperadamente |
| <input type="checkbox"/> Me redujeron las horas | <input type="checkbox"/> Tuve que viajar más lejos al trabajo/tengo un viaje al trabajo más costoso |
| <input type="checkbox"/> Tuve una reducción de ingresos, sin importar la fuente | <input type="checkbox"/> Otra (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Tuve que aceptar un trabajo más riesgoso/más peligroso | |

6. Desde que comenzó la crisis de salud del COVID-19, mi **uso de sustancias**, si es pertinente, ha cambiado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen):

- No hubo cambio/No es aplicable
 - Mi uso de sustancias ha aumentado
 - Recaí
 - Tuve una sobredosis
 - Perdí la ayuda necesaria para mantener la sobriedad
 - Perdí la ayuda necesaria para usar drogas de manera más segura
 - El uso de drogas ahora es más riesgoso (i.e. usa solo, comparte agujas, etc.)
 - Tuve dificultad para obtener drogas/equipo como antes
 - Tuve dificultad para comprar drogas/equipo
 - Me arrestaron en relación con drogas u otros cargos criminales
 - Otra (por favor especifique)
-

7. Desde que comenzó la crisis de salud del COVID-19, mi **estado migratorio/documentación**, si es pertinente, ha cambiado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen):

- No hubo cambio/No es aplicable
- Perdí el acceso a la documentación personal
- No puedo reemplazar la documentación personal perdida/robada a causa de los cierres//restricciones por el COVID-19
- No puedo obtener servicios legales para ayudarme con la aplicación de inmigración
- Perdí mi estado migratorio debido al impacto del COVID-19 (expiró la visa, pérdida del trabajo, etc.)
- Otra (por favor especifique) _____

8. Desde que comenzó la crisis de salud del COVID-19, mi **salud y/o independencia** ha cambiado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen):

- No hubo cambio/No es aplicable
 - Me contagié del COVID-19
 - Fui hospitalizado por complicaciones del COVID-19
 - Fui hospitalizado por cuestiones de salud distintas al COVID-19
 - Evité buscar atención médica/hospitalización por temor a contraer el COVID-19
 - Evité buscar atención médica/hospitalización por otras razones, como temor relacionado con mi estado migratorio
 - Cuidé/estoy cuidando a alguien infectado con el COVID-19
 - Tengo una condición preexistente que me hace más vulnerable al COVID-19
 - Yo dependo de alguien más que me provee cuidado diario
 - Yo dependo de alguien más para monitorear/administrar mis finanzas
 - Tengo dificultad para obtener atención médica/dental para mí o mis hijos
 - Tengo dificultad para obtener servicios como un abogado, un(a) trabajador(a) de casos, apoyo profesional directo o asistencia de salud en el hogar por la crisis del COVID-19
 - Tengo dificultad para obtener el transporte que necesito para atender mis necesidades básicas
 - Tengo dificultad para obtener suficiente comida
 - Tengo dificultad para obtener asistencia de emergencia en efectivo
 - Tengo dificultad para obtener beneficios médicos
 - No tengo o perdí el acceso a internet
 - Otra (por favor especifique)
-

9. Desde que comenzó la crisis de salud del COVID-19, mi **seguridad personal** ha cambiado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No hubo cambio/No es aplicable | <input type="checkbox"/> denunciarme a una agencia del gobierno, incluyendo a inmigración |
| <input type="checkbox"/> Sufrí abuso /asalto físico | <input type="checkbox"/> He sido víctima de un crimen de odio (basado en raza, género, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Sufrí abuso sexual/asalto sexual | <input type="checkbox"/> Intercambié sexo y/o actos sexuales por dinero, drogas, vivienda u otras necesidades de supervivencia |
| <input type="checkbox"/> Sufrí abuso emocional | <input type="checkbox"/> He sido víctima de otro crimen no mencionado aquí: Por favor descríballo o escriba 'Prefiero no decirlo': |
| <input type="checkbox"/> Sufrí explotación financiera (el uso ilegal o inapropiado, el control o la retención de propiedad, ingresos, recursos o fondos fiduciarios de otra persona) | |
| <input type="checkbox"/> Sufrí explotación por parte de alguien para quien trabajaba, ya sea porque no me pagó, me pagó menos de lo acordado o me amenazó con | |

Intervención de la corte

10. ¿Usted tiene algún caso abierto en la corte en cualquiera de las siguientes cuestiones? Si tiene más de un caso abierto en estas cuestiones, por favor elija un caso para responder esta pregunta y la siguiente. Usted podrá responder sobre otro caso en la corte, si lo desea.)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Situación de vivienda | <input type="radio"/> Salud personal o independencia |
| <input type="radio"/> Empleo | <input type="radio"/> Seguridad personal |
| <input type="radio"/> Abuso de sustancias | <input type="radio"/> Ninguno de los anteriores ningún caso abierto en la corte → <i>Salte a la pregunta 14.</i> |
| <input type="radio"/> Estado migratorio | |

11. Con este caso, ¿usted está teniendo alguno de los siguientes problemas? Marque todos los que apliquen:

- No he tenido problemas con este caso
- Falta de acceso a un abogado
- Falta de información clara con relación a la fecha o el lugar de mi cita en la corte
- Falta de acceso a transporte para asistir a mi cita en la corte
- Falta de información clara para saber si las cortes están abiertas o cerradas
- Temor de ir a la corte por mi estado migratorio o una orden judicial
- Yo o un miembro de la familia está detenido por inmigración
- Acceso a ayuda en mi idioma, como un(a) intérprete
- Dificultades tecnológicas para participar en audiencias remotas
- Falta de oportunidad para presentar mi testigo o para poder presentar mi caso completamente
- Problemas con las limitaciones de tiempo de las audiencias
- Otro (por favor especifique) _____

12. ¿Usted tiene otro caso abierto en la corte en alguna de las siguientes cuestiones? (Si tiene más de un caso adicional abierto, por favor elija un caso para responder esta pregunta y la siguiente.)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Situación de vivienda | <input type="radio"/> Salud personal o independencia |
| <input type="radio"/> Empleo | <input type="radio"/> Seguridad personal |
| <input type="radio"/> Abuso de sustancias | <input type="radio"/> Ninguno de los anteriores ningún caso abierto en la corte → <i>Salte a la pregunta 14</i> |
| <input type="radio"/> Estado migratorio | |

13. Con este caso, ¿usted está teniendo alguno de los siguientes problemas? Marque todos los que apliquen:

- No he tenido problemas con este caso
- Falta de acceso a un abogado
- Falta de información clara con relación a la fecha o el lugar de mi cita en la corte
- Falta de acceso a transporte para asistir a mi cita en la corte
- Falta de información clara para saber si las cortes están abiertas o cerradas
- Temor de ir a la corte por mi estado migratorio o una orden judicial
- Yo o un miembro de la familia está detenido por inmigración
- Acceso a ayuda en mi idioma, como un(a) intérprete
- Dificultades tecnológicas para participar en audiencias remotas
- Falta de oportunidad para presentar mi testigo o para poder presentar mi caso completamente
- Problemas con las limitaciones de tiempo de las audiencias
- Otro (por favor especifique) _____

Vivienda

14. ¿Usted vive actualmente en un hogar grupal; hogar o vivienda de transición; otra vivienda con apoyo; en un albergue, hogar de ancianos, cárcel o prisión; o recibe apoyo residencial en una propiedad de un proveedor?

- Sí → *Salte a la pregunta 16*
- No → *Complete la pregunta 15, luego salte a la pregunta 41: Demografía*

15. ¿Cuál es la mejor descripción de su situación de vivienda actual? (*Complete esta pregunta si usted respondió No a la pregunta 14, luego salte a la pregunta 41: Demografía*)

- Vivo solo
- Soy el único proveedor de mis dependientes
- Vivo con mi(s) padre(s), esposo(a) o con otros parientes adultos que no son mis dependientes, con o sin dependientes
- Vivo con compañero(s) de vivienda
- Vivo con personas encargadas de mi cuidado incluyendo parientes u otros
- No tengo vivienda o mi alojamiento no es estable
- Prefiero no decirlo
- Otro (por favor especifique) _____

16. ¿Cuál es la mejor descripción del lugar en que usted vive?

- Hogar o vivienda de transición
- Hogar en grupo
- Una propiedad del proveedor donde recibo apoyo residencial
- Hogar de ancianos
- Centro de vida asistida
- Otro lugar o situación de vivienda
- Cuidado temporal para adultos
- Albergue
- Cárcel
- Prisión
- Otro lugar de cuidado grupal
- Otro (por favor especifique) _____

17. Donde usted vive, ¿atienden sus necesidades básicas (como comida, medicamentos, seguridad)?

- Sí → *Salte a la pregunta 19.*
- No
- No sé

18. Donde usted vive, ¿alguna de sus necesidades básicas no es atendida? (Marque todas las que apliquen):

- Comida
 - Medicamentos
 - Ambiente seguro
 - Agua potable
 - Baños/duchas
 - Entorno limpio
 - Poder dormir
 - Otra (por favor especifique)
-

19. Donde usted vive, ¿atienden sus necesidades físicas y mentales?

- Sí → *Salte a la pregunta 19.*
- No
- No sé

20. ¿Alguna de sus necesidades físicas y mentales no es atendida donde usted vive? Marque todas las que apliquen:

- Servicios de salud mental (orientación psicológica, terapia, etc.)
- Atención médica para los síntomas del COVID-19 (fiebre, dificultad para respirar, tos, dolor de garganta, escalofríos)
- Atención médica por otras razones de salud (lesión, condición crónica, etc.)
- Otra (por favor especifique)

21. Donde usted vive, ¿el personal le trata con dignidad, respeto y paciencia?

- Sí
- No sé
- No (Por favor describa de qué manera el personal no le trata con dignidad, respeto y paciencia.)

22. ¿Usted ha recibido información sobre los síntomas del COVID-19 del personal/ los directores del lugar en que usted vive?

- Sí
- No
- No sé

23. ¿Usted tiene acceso a suministros que ayuden a prevenir el contagio del COVID-19?

- Sí → *Salte a la pregunta 25*
- No
- No sé

24. ¿Qué suministros necesita para prevenir el contagio del COVID-19 pero no tiene acceso? (Marque todos los que apliquen:)

- Jabón para las manos
 - Desinfectante para las manos
 - Mascarillas
 - Guantes
 - Otro (por favor especifique)
-

25. El personal del lugar donde usted vive sigue estas prácticas de seguridad del COVID-19?

- | | Sí | No | No sé |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| El personal usa mascarillas cuando es posible | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El personal se mantiene a 6 pies cuando es posible | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El personal se lava las manos o usa desinfectante a menudo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

26. ¿Cuándo alguien en el lugar donde usted vive está enfermo con síntomas de COVID-19 (fiebre, dificultad para respirar, tos, dolor de garganta, escalofríos), a él o ella:

- | | Sí | No | No sé |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Lo examina inmediatamente un doctor/ profesional médico? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le dicen que permanezca en su área de dormir personal? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lo trasladan a otra parte del edificio? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

27. ¿Usted puede practicar el distanciamiento social (mantenerse a 6 pies de distancia de los demás en la mayoría de las situaciones)?

- Sí No No sé

28. ¿Le han hecho la prueba del COVID-19/Coronavirus?

- Sí No No sé

29. A usted o alguien que vive en su edificio, ¿le han dicho que tiene COVID-19/Coronavirus?

- Sí No No sé

30. Desde que comenzó la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020, ¿qué cambios ha notado donde usted vive?

- | | Menos | Casi igual | Más | No sé |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Cantidad de personal en mi área: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mi área de dormir es aseada: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Las áreas comunes son aseadas: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mi acceso a programas (grupos, actividades) es: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mi acceso al correo y recibir paquetes es: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mi contacto telefónico con familia y amigos es: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

31. ¿Siente que el personal y los directores del lugar en que usted vive están haciendo lo suficiente para protegerle del COVID-19?

- Sí
 No sé
 No (Por favor explique por qué siente que el personal y los directores en el lugar en que usted vive no están haciendo lo suficiente para protegerle del COVID-19.)

32. ¿Cuántas horas al día pudo salir de la habitación en que usted duerme?

- Menos de 1 hora
 1-3 horas
 4-6 horas
 Más de 6 horas

33. ¿Con qué frecuencia pudo salir para respirar aire fresco?

- Menos de 2 días por semana
- 2-4 días por semana
- 4-6 días por semana
- Todos los días

34. ¿Cuántas horas por semana pudo comunicarse con su familia y amigos?

- Menos de 1 hora
- 1-2 horas
- 3-4 horas
- Más de 4 horas

35. ¿De qué manera se puede comunicar con su familia y amigos? (Marque todas las que apliquen:)

- Teléfono
- Correo electrónico (email)
- Video chat (Zoom, FaceTime, etc.)
- Otra (por favor especifique) _____

36. ¿Usted tiene acceso a actividades recreativas (juegos, libros, ejercicio, etc.)?

- Sí
- No
- No sé

37. ¿Está teniendo dificultad para conseguir una vivienda comunitaria menos restrictiva?

- Sí
- No
- No sé

38. ¿Usted tiene acceso a adaptaciones, servicios y/o equipo que necesita (intérprete de su idioma, aparatos para poder moverse, etc.)?

- Sí
- No sé o No lo necesito
- No (Por favor explique qué adaptaciones, servicios y/o equipo necesita, que no tiene ahora.)

39. Desde que comenzó la crisis de salud del COVID-19, ¿ha sufrido abuso, negligencia o ha sentido inseguridad en la casa o vivienda comunitaria donde usted vive?

- No
- No sé
- Sí (Por favor explique abajo cualquier abuso, negligencia o sensación de inseguridad en la casa o vivienda comunitaria donde usted vive.)

40. Use este espacio para informarnos sus inquietudes sobre su seguridad, sus derechos o estado de salud:

Demografía

41. Edad:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> 18-20 | <input type="radio"/> 40-49 | <input type="radio"/> 70+ |
| <input type="radio"/> 21-29 | <input type="radio"/> 50-59 | |
| <input type="radio"/> 30-39 | <input type="radio"/> 60-69 | |

42. Condado: _____

43. ¿Cuál es la mejor descripción de su género?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Mujer | <input type="radio"/> Prefiero no decirlo |
| <input type="radio"/> Hombre | <input type="radio"/> Prefiero autoidentificarme |
| <input type="radio"/> Transgénero | _____ |
| <input type="radio"/> No binario | |

44. Raza/Etnia (Marque todas las que apliquen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Birracial o multirracial | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Prefiero no decir |
| <input type="checkbox"/> Hispano, latino o latinx | <input type="checkbox"/> Prefiero autoidentificarme |
| <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska | |

45. Idioma principal:

- | | | |
|-------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Inglés | <input type="radio"/> Árabe | <input type="radio"/> Japonés |
| <input type="radio"/> Español | <input type="radio"/> Africano occidental | <input type="radio"/> Vietnamita |
| <input type="radio"/> Chino | <input type="radio"/> Coreano | <input type="radio"/> Tagalo |
| <input type="radio"/> Francés | <input type="radio"/> Ruso | <input type="radio"/> Otro (especifique) |

46. ¿Usted es bilingüe/multilingüe?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
|--------------------------|--------------------------|

47. ¿Usted ha prestado servicio militar?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
|--------------------------|--------------------------|