



Western Regional Advocacy Project

2940 16th Street, Suite 200-2 San Francisco, CA 94103

415.621.2533 / wrap@wraphome.org

Fecha: ____/____/____ Estado: _____ Ciudad: _____

Guion para introducirse:

Mi nombre es _____ y estoy con un grupo que se llama _____.

Somos parte de una campaña de grupos organizados a nivel local para luchar en contra de los desalojos ("Sweeps") y la criminalización de nuestras comunidades. En múltiples ciudades, preguntamos estas mismas preguntas e involucrando a los que quieren participar. La información que juntamos de esta encuesta de varias ciudades nos ayudará establecer nuestras prioridades, dirección, y mensaje de la campaña.

- **¿Quieres participar con esta encuesta?**

I. EXPERIENCIA CON LOS DESALOJOS/SWEEPS

1. ¿Alguna vez has experimentado un desalojo o "sweep"? *Marca todas las que apliquen*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Las últimas 24 hrs. | <input type="checkbox"/> La semana pasada |
| <input type="checkbox"/> Los últimos 3 días | <input type="checkbox"/> El ultimo mes |

2. ¿Cuántas veces has experimentado un desalojo o "sweep" en los últimos 6 meses:

3. **En el desalojo más reciente**, ¿te dieron aviso anticipado?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Si |
| <input type="checkbox"/> No recibí aviso |

4. *Si dices que sí, ¿cuánto tiempo te dieron de aviso?*

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 24 horas | <input type="checkbox"/> 4 días a 7 días |
| <input type="checkbox"/> 48 horas | <input type="checkbox"/> 8 días a 13 días |
| <input type="checkbox"/> 72 horas | <input type="checkbox"/> 14 días + |

5. ¿Cuántas personas se vieron afectadas por el desalojo?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> 3-5 |
| <input type="checkbox"/> 2-3 | <input type="checkbox"/> 6+ |

6. ¿Quién lo llevó a cabo el desalojo?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Policía Local | <input type="checkbox"/> Policía de estacionamiento |
| <input type="checkbox"/> Policía del Estado | <input type="checkbox"/> Seguridad Privada |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Saneamiento | <input type="checkbox"/> Saneamiento |
| <input type="checkbox"/> Policía de Parques y Recreación | <input type="checkbox"/> Proveedor de Servicios |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

7. ¿Cuál fue la razón que dieron para el desalojo? *Por favor, explica*

8. Antes del desalojo, ¿estaba usted al tanto de algún derecho que proteja su propiedad o su presencia en el espacio público?
- Informado** *Algo Desinformado*
 Algo Informado **Totalmente Desinformado**
9. ¿Se respetaron esos derechos?
- Si fueron respetados** *Algunas violaciones de mis Derechos*
 Algo respetados **Totalmente violaron mis Derechos**
10. Fuiste amenazado con arresto, multa, verificación de orden de arresto o algún tipo de violencia durante el desalojo?
- NO** *Verificación de Orden de Arresto*
 Arresto *Violencia*
 Multa *Otra*

II. PROPIEDAD PERSONAL

11. ¿Se tiró a la basura tu propiedad personal?
- Si
 No
12. ¿Te ofrecieron poner tu propiedad personal en almacenamiento?
- Si
 No
13. Si dices que sí, ¿Te dieron instrucciones claras de cómo recuperar tu propiedad?
- Si _____
 No _____
14. ¿Recibiste tu propiedad en buena condición? *Por favor explica*
- Si _____
 No _____

III. Automóviles/RV

15. ¿En el desalojo, incluyo a tu vehículo/RV?
- Si
 No
16. Si tomaron tu vehículo, ¿lo remolcaron?
- Si
 No
17. Si dices que sí, ¿te dieron instrucciones claras de cómo recuperar tu vehículo y propiedad? ¿Lo recibiste en buena condición? *Por favor explica*
- _____
18. Si no pudiste recuperar tu vehículo después de que lo remolcaron, ¿por qué? *Por favor explica*
- _____
- _____

IV. DESPUÉS DEL DESALOJO/"SWEEP"

19. ¿Te dieron órdenes de quedarte fuera de esa área después del desalojo?

- No
- Si

20. ¿Adonde fuiste después del desalojo? *Marca todas las que apliquen*

- La calle
- Viviendo en un vehiculo
- Albergue
- Amigos
- Otra: _____

21. ¿Recibiste una referencia para servicios o vivienda que ofrecieron antes, durante, o después del desalojo? *Por favor explica*

- Ninguna referencia (*salta a la pregunta 22*)
- Albergue
- Campamento Aprobado
- Casa pequeña/Tiny Home
- Cuarto de hotel individual (SRO)
- Programa de tratamiento
- Un Vale para Vivienda
- Vivienda
- Otro _____

22. ¿Rechazó usted la referencia? *Si dice que sí, por favor explica*

- Si _____
- No _____

23. Si aceptaste la referencia, ¿tuvo éxito?

- Si
- No

24. ¿Cómo afectó la(os) desalojo(s) tu vida o rutina diaria?

V. Luchando

25. ¿Pudiste obtener acceso de asesoría legal después del desalojo?

- Si
- No

26. ¿Para qué buscaste asesoría legal?

- Recuperar la propiedad
- Luchar contra el desalojo
- Defenderte contra citaciones
- Otro _____

27. ¿Piensas que te desalojaron por...

- Raza
- Estatus de inmigración
- Discapacidad
- Genero
- Estatus económico
(marca todas que se apliquen)

28. Somos parte de 11 organizaciones luchando contra los desalojos. ¿En qué debemos enfocar nuestro trabajo?

29. ¿Qué es importante que sepa la comunidad para mejor entender los desalojos?

VI. DEMOGRAPHICS

30. ¿Cuánto tiempo tienes viviendo en esta ciudad?

31. ¿Por qué viniste a esta ciudad? Por favor explica

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nacido o crecido aquí | <input type="checkbox"/> Amigos |
| <input type="checkbox"/> Familia | <input type="checkbox"/> Otro |

32. ¿Cuántos años tienes?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menor de 18 años | <input type="checkbox"/> 26-54 años |
| <input type="checkbox"/> 18-25 años | <input type="checkbox"/> 55+ años |

33. ¿Cómo describes tu raza y etnia?

34. ¿Cómo describes tu raza y etnia?

35. ¿Cómo describirías tu sexualidad? *Marca todas que apliquen! Por favor agrega a esta lista limitada si es necesario!*

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Heterosexual | <input type="checkbox"/> Lesbiana |
| <input type="checkbox"/> Homosexual | <input type="checkbox"/> Gay |
| <input type="checkbox"/> Queer | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pansexual | |

36. ¿Cómo describirías tu género? *Marca todas que apliquen! Por favor agrega a esta lista limitada si es necesario!*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cisgenero/Cis (que tu sentido de identidad personal y tu genero corresponde con el sexo que te asignaro al nacer) | <input type="checkbox"/> Genderqueer |
| <input type="checkbox"/> Transgenero | <input type="checkbox"/> Género Fluido |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> De genero no binario | |

37. Eres discapacitado?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> No lo se | |

