

# Encuesta comunitaria del Plan de Acción de Transporte en South Boston

Por favor, responda a esta encuesta que le llevará entre 5 y 10 minutos sobre sus hábitos y prioridades de transporte para South Boston. Su opinión ayudará a definir las recomendaciones del Plan de Acción de Transporte de South Boston. Devuelva la encuesta completada aquí antes **del jueves, 15 de diciembre**.

Más información (y acceso a una versión digital de esta encuesta) en [bostonplans.org/SouthBostonTAP](http://bostonplans.org/SouthBostonTAP).

## Viajes en South Boston

1. Durante el último mes, ¿cómo viajó en/hacia/desde South Boston? Seleccione el modo de transporte más común para usted para cada destino.

Hacia/Desde	N/C (no hago este tipo de viaje)	A pie	Bicicleta (incluida la bicicleta eléctrica)	Bluebikes (bicicleta pública)	Motoneta (incluida la motoneta eléctrica)	Autobús	Metro	Servicio de paratransito RIDE	Autobús y metro	Bicicleta/Motoneta y autobús	Bicicleta/Motoneta y metro	Otra combinación de distintos modos	Auto de forma individual	Auto compartido (con amigos/familiares)	Auto privado (Uber/Lyft/Taxi)	Trabajo/Tomo clases/hago pedidas en línea desde la casa (si corresponde)
el trabajo																
la escuela K-12																
clases de educación superior o aprendizaje para adultos																
el mercado																
la biblioteca, centro comunitario o centro religioso																
los restaurantes																
las tiendas																
la farmacia, servicios o citas médicas																
parques, espacios abiertos y senderos																
las visitas a amigos y familiares locales																
las actividades después de la escuela o extracurriculares de sus hijos																

2. Seleccione sus tres principales preocupaciones al momento de viajar en South Boston.

<input type="checkbox"/> Exceso de velocidad o conducción agresiva (por ejemplo, conductores que no ceden el paso)	<input type="checkbox"/> Lugares deficientes en las paradas de autobús (sin refugios, bancos, iluminación, etc.)
<input type="checkbox"/> Cruces peatonales inseguros, incómodos o insuficientes	<input type="checkbox"/> Seguridad personal
<input type="checkbox"/> Aceras que faltan, están rotas o son demasiado estrechas	<input type="checkbox"/> Congestión del tráfico
<input type="checkbox"/> Ausencia de carriles para bicicletas seguros y cómodos	<input type="checkbox"/> Vehículos estacionados en doble fila
<input type="checkbox"/> Ausencia de estacionamiento para bicicletas en mi destino	<input type="checkbox"/> Capacidad para encontrar estacionamiento
<input type="checkbox"/> Ausencia de estaciones de Bluebikes	<input type="checkbox"/> Costo del estacionamiento
<input type="checkbox"/> Servicio de transporte público poco frecuente o lento	<input type="checkbox"/> Ausencia de estaciones de carga de vehículos eléctricos
<input type="checkbox"/> Servicio de transporte público limitado o ausente hacia donde quiero ir	<input type="checkbox"/> Otro (escriba):

3. Si las condiciones mejoraran, ¿qué opción de transporte preferiría usar para viajar en/hacia/desde South Boston?

Hacia/Desde	N/C (no hago este tipo de viaje)	A pie	Bicicleta (incluida la bicicleta eléctrica)	Bluebikes (bicicleta pública)	Motoneta (incluida la motoneta eléctrica)	Autobús	Metro	Servicio de paratransito RIDE	Bus and subway	Auto de forma individual	Auto compartido (con amigos/familiares)	Auto privado (Uber/Lyft/Taxi)	Trabajo/Tomo clases/hago pedidas en línea desde la casa (si corresponde)
el trabajo													
la escuela K-12													
clases de educación superior o aprendizaje para adultos													
el mercado													
la biblioteca, centro comunitario o centro religioso													
los restaurantes													
las tiendas													
la farmacia, servicios o citas médicas													
parques, espacios abiertos y senderos													
las visitas a amigos y familiares locales													
las actividades después de la escuela o extracurriculares de sus hijos													

Si seleccionó que prefiere **caminar** a cualquier destino, continúe con la pregunta 4.

Si seleccionó que prefiere una **bicicleta o Bluebikes** a cualquier destino, pase a la pregunta 5.

Si seleccionó que prefiere usar el **transporte público** (autobús, subterráneo, RIDE), pase a la pregunta 6.

Si **no** seleccionó caminar, una bicicleta, Bluebikes o el transporte público a cualquier destino, pase a la pregunta 7.

## Obstáculos para viajar

4. ¿Cuál de las siguientes opciones le impiden caminar más de lo que lo hace actualmente (como medio de transporte, por placer o ambos)? Seleccione todas las opciones que correspondan.

<input type="checkbox"/> La conducción peligrosa	<input type="checkbox"/> Dificultad para transportar cosas
<input type="checkbox"/> Aceras que faltan, están rotas o son demasiado estrechas	<input type="checkbox"/> Es complicado viajar de esta manera con las personas que yo transporto
<input type="checkbox"/> Ausencia de lugares seguros para cruzar la calle	<input type="checkbox"/> Incapacidad física
<input type="checkbox"/> Falta de iluminación en las calles por la noche	<input type="checkbox"/> Falta de tiempo
<input type="checkbox"/> Falta de remoción de nieve	<input type="checkbox"/> El clima
<input type="checkbox"/> Los destinos están muy lejos	<input type="checkbox"/> Hago este viaje a menudo
<input type="checkbox"/> Acoso o problemas de seguridad personal	<input type="checkbox"/> Otro (escriba):

5. ¿Cuál de las siguientes opciones le impiden circular en bicicleta más de lo que lo hace actualmente (como medio de transporte, por placer o ambos)? Seleccione todas las opciones que correspondan.

<input type="checkbox"/> La conducción peligrosa	<input type="checkbox"/> Dificultad para transportar cosas
<input type="checkbox"/> Ausencia de carriles o senderos para bicicletas seguros	<input type="checkbox"/> Es complicado viajar de esta manera con las personas que yo transporto
<input type="checkbox"/> Falta de remoción de nieve	<input type="checkbox"/> Incapacidad física
<input type="checkbox"/> No tengo bicicleta o el equipo	<input type="checkbox"/> Apariencia física
<input type="checkbox"/> Muy costoso	<input type="checkbox"/> Falta de tiempo
<input type="checkbox"/> Los destinos están muy lejos	<input type="checkbox"/> El clima
<input type="checkbox"/> Acoso o problemas de seguridad personal	<input type="checkbox"/> Hago este viaje a menudo
<input type="checkbox"/> No tengo un lugar seguro para guardar la bicicleta en casa	<input type="checkbox"/> Otro (escriba):
<input type="checkbox"/> No tengo un lugar seguro para guardar la bicicleta en el destino	

6. ¿Cuál de las siguientes opciones le impiden usar el transporte público más de lo que lo hace actualmente? Seleccione todas las opciones que correspondan.

<input type="checkbox"/> El servicio no es lo suficientemente frecuente	<input type="checkbox"/> Es complicado viajar de esta manera con las personas que yo transporto
<input type="checkbox"/> Necesito conexiones diferentes	<input type="checkbox"/> Incapacidad física
<input type="checkbox"/> Muy costoso	<input type="checkbox"/> Apariencia física
<input type="checkbox"/> Los destinos están muy lejos	<input type="checkbox"/> Falta de tiempo
<input type="checkbox"/> Demoras o problemas de fallas en el servicio	<input type="checkbox"/> El clima
<input type="checkbox"/> Preocupaciones de salud pública (incluido el COVID)	<input type="checkbox"/> Hago este viaje a menudo
<input type="checkbox"/> Acoso o problemas de seguridad personal	<input type="checkbox"/> Otro (escriba):
<input type="checkbox"/> Dificultad para transportar cosas	

# Sus prioridades de transporte

7. ¿Qué es lo más importante para usted en South Boston? (Seleccione sus tres principales opciones).

<input type="checkbox"/> Reducir la velocidad de los autos	<input type="checkbox"/> Reducir el tráfico de atajo
<input type="checkbox"/> Hacer que los cruces peatonales y las intersecciones sean más seguras para los peatones	<input type="checkbox"/> Reducir el estacionamiento en doble fila
<input type="checkbox"/> Agregar carriles para bicicletas	<input type="checkbox"/> Mantener el estacionamiento en la calle
<input type="checkbox"/> Hacer que el servicio de autobús sea más rápido	<input type="checkbox"/> Aliviar la congestión de tráfico
<input type="checkbox"/> Hacer que las paradas de autobús sean lugares más cómodos para esperar	<input type="checkbox"/> Otro (escriba):

## Grupos de enfoque (opcional)

Como parte de nuestro compromiso con la representación diversa, estamos especialmente interesados en saber más de las poblaciones residentes de las que normalmente no escuchamos:

- Personas que dependen del transporte público
- Personas menores de 35
- Personas mayores de 60
- Familias con niños en edad escolar
- Hogares por debajo del ingreso medio de la ciudad
- Hogares con un miembro con movilidad reducida

8. Dirección de correo electrónico (omite este paso si no le interesa)

9. Número de teléfono sin guiones (omite este paso si no le interesa)

## Información sobre usted (opcional)

10. Usando el mapa de abajo, indique dónde vive.

<input type="checkbox"/> Área 1	
<input type="checkbox"/> Área 2	
<input type="checkbox"/> Área 3	
<input type="checkbox"/> Área 4	
<input type="checkbox"/> Área 5	
<input type="checkbox"/> Área 6	
<input type="checkbox"/> South Boston, fuera del área de estudio (p. ej., Seaport, Mary Ellen, Dot Ave)	
<input type="checkbox"/> Otro barrio de Boston	
<input type="checkbox"/> Fuera de Boston	

11. ¿Cuántos autos tiene disponibles para su uso?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 o más
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------------

12. Si tiene uno o más autos disponibles, seleccione todas las modalidades de estacionamiento que correspondan.

	En uso	Tengo, pero no en uso	No tengo
Espacio permitido de estacionamiento para residentes (RPP)			
Espacio reservado (entrada de auto, garaje o estacionamiento externo)			
Espacio no reservado (entrada de auto, garaje o estacionamiento externo)			
Permiso de estacionamiento para personas con discapacidad			

13. Indique cualquier otra modalidad de estacionamiento que tenga y si usa esa modalidad o no.

---

14. ¿Qué edad tiene?

<input type="checkbox"/> 18 o menos	<input type="checkbox"/> 19-24	<input type="checkbox"/> 25-34	<input type="checkbox"/> 34-59	<input type="checkbox"/> 60 o más	<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--

15. ¿Con qué género se identifica?

<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--

16. ¿Con qué raza/origen étnico se identifica? Seleccione todas las opciones que correspondan.

<input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indígena americano	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Mediorienta/Africano del norte	<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Blanco	

17. Indique si tiene alguna discapacidad.

<input type="checkbox"/> Cognitiva/Mental	<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Otra (escriba):	<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
<input type="checkbox"/> De movilidad		

18. ¿Cuántas personas forman parte de su grupo familiar?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Más de 5	<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------	--

19. ¿Tiene hijos en la escuela?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
-----------------------------	-----------------------------	--

20. ¿Tiene uno o más perros?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
-----------------------------	-----------------------------	--

21. ¿Cuáles son sus ingresos anuales antes de los impuestos?

<input type="checkbox"/> Menos de \$25,000	<input type="checkbox"/> De \$25,000 a \$49,999	<input type="checkbox"/> De \$50,000 a \$75,999	<input type="checkbox"/> De \$76,000 a \$99,999	<input type="checkbox"/> \$100,000 o más	<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo
--	---	---	---	--	--

¡Gracias!