

## ENCUESTA SOBRE LA PERCEPCIÓN CIUDADANA DE LA ACCESIBILIDAD EN EL MUNICIPIO DE ALGINET

1. De los siguientes elementos, señale en cuáles encuentra barreras o problemas de accesibilidad y en qué calle o edificio municipal.

PAVIMENTOS EN ACERAS	
PROBLEMA	¿DÓNDE?
<input type="checkbox"/> Inadecuado (grava, arena...)	
<input type="checkbox"/> Resbaladizo	
<input type="checkbox"/> Piezas rotas	
<input type="checkbox"/> Escalones o resaltes	
ACERAS	
PROBLEMA	¿DÓNDE?
<input type="checkbox"/> Poca anchura	
<input type="checkbox"/> Obstáculos (salientes de fachadas, coches o motos aparcados, mobiliario, farolas, terrazas, etc.)	
<input type="checkbox"/> Huecos de árboles (alcorques) sin protección	
<input type="checkbox"/> Tapas de arquetas o rejillas rotas o no enrasadas al suelo	
<input type="checkbox"/> Rejillas (sumideros, imbornales) con huecos demasiado grandes.	
<input type="checkbox"/> Mala iluminación	
PASOS DE PEATONES	
PROBLEMA	¿DÓNDE?
<input type="checkbox"/> Sin rebaje o rebaje inadecuado	
<input type="checkbox"/> Pavimento táctil (para ciegos) inexistente o inadecuado	
<input type="checkbox"/> Se forman charcos	
<input type="checkbox"/> Pintura resbaladiza	
<input type="checkbox"/> Mala iluminación	
SALIDAS DE VEHÍCULOS	
PROBLEMA	¿DÓNDE?
<input type="checkbox"/> Inclinación excesiva en acera	
RAMPAS	
PROBLEMA	¿DÓNDE?
<input type="checkbox"/> Anchura insuficiente	
<input type="checkbox"/> Tramos muy largos	
<input type="checkbox"/> Pendiente excesiva	
<input type="checkbox"/> Sin barandillas	
<input type="checkbox"/> Pavimento resbaladizo	

2. Indique, de los siguientes elementos de mobiliario urbano, con cuáles tiene problemas y en qué calle o edificio municipal se encuentran.

BANCOS	
PROBLEMA	¿DÓNDE?
<input type="checkbox"/> No tienen respaldo	
<input type="checkbox"/> No tienen reposabrazos	
<input type="checkbox"/> Están mal ubicados	
<input type="checkbox"/> Rotos o en mal estado	
<input type="checkbox"/> Hay pocos	
FUENTES	
PROBLEMA	¿DÓNDE?
<input type="checkbox"/> Tienen escalón o están muy altas o en pendiente	
<input type="checkbox"/> Se forma charco	
<input type="checkbox"/> Están mal ubicadas	
<input type="checkbox"/> Rotas o en mal estado	
<input type="checkbox"/> Difícil de accionar	
<input type="checkbox"/> Hay pocas	
PAPELERAS	
PROBLEMA	¿DÓNDE?
<input type="checkbox"/> Tienen escalón o están muy altas o en pendiente	
<input type="checkbox"/> Están mal ubicadas	
<input type="checkbox"/> Rotas o en mal estado	
<input type="checkbox"/> Hay pocas	
CONTENEDORES (RESIDUOS, ROPA, ETC.)	
PROBLEMA	¿DÓNDE?
<input type="checkbox"/> Tienen escalón o están muy altos o en pendiente	
<input type="checkbox"/> Están mal ubicados	
<input type="checkbox"/> Difícil de abrir	

3. ¿Hay apoyos isquiáticos en su municipio (ver fotos)?  Sí  No  No sé  
¿Dónde?

¿Le parece un elemento útil?

¿En qué zona o zonas cree que sería útil su colocación?



4. En relación con el transporte y el tráfico, señale los problemas que pueda tener con diferentes elementos y en qué parte del municipio se dan dichos problemas

PLAZAS DE APARCAMIENTO RESERVADAS PARA PERSONAS CON TARJETA DE MOVILIDAD REDUCIDA	
PROBLEMA	¿DÓNDE?
<input type="checkbox"/> Lejos de edificios públicos o mal ubicadas	
<input type="checkbox"/> Se forman charcos	
<input type="checkbox"/> No se respetan	
<input type="checkbox"/> Pequeñas	
<input type="checkbox"/> Sin espacio de acercamiento para subir o bajar del vehículo	
<input type="checkbox"/> Hay pocas	
PARADAS DE AUTOBÚS	
PROBLEMA	¿DÓNDE?
<input type="checkbox"/> Escalón para acceder al vehículo	
<input type="checkbox"/> Falta de espacio en acera	
SEMÁFOROS	
PROBLEMA	¿DÓNDE?
<input type="checkbox"/> Tiempo de paso insuficiente para peatones	
<input type="checkbox"/> Altura de los pulsadores (si los hay)	

5. Según su opinión, ¿qué aspectos son prioritarios a la hora de mejorar la accesibilidad del edificio? Numere del 1 al 8, siendo el 1 el **MÁS IMPORTANTE** para usted y el 8 el **MENOS IMPORTANTE**

___ Calles y equipamiento urbano	___ Plazas aparcamiento reservadas
___ Edificios públicos	___ Transporte
___ Señalización	___ Respeto y actitud ciudadana
___ Parques y juegos infantiles	___ Otros (especifique)

6. Para una mejor interpretación de los resultados, indique su edad y, en caso de tener discapacidad, el tipo y el grado (porcentaje).

EDAD	DISCAPACIDAD	
	TIPO	GRADO (%)
<input type="checkbox"/> Menos de 15 años	<input type="checkbox"/> Ninguna	---
<input type="checkbox"/> De 15 a 20 años	<input type="checkbox"/> Motora	
<input type="checkbox"/> De 21 a 30 años	<input type="checkbox"/> Sensorial	
<input type="checkbox"/> De 31 a 45 años	<input type="checkbox"/> Auditiva	
<input type="checkbox"/> De 46 a 60 años	<input type="checkbox"/> Mental	
<input type="checkbox"/> Más de 60 años	<input type="checkbox"/> Otras (especifique)	



7. En este espacio puede hacer todas las sugerencias u observaciones que desee con respecto a la accesibilidad en su municipio.

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**