

**Survey for City of South Gate, CA**  
**Americans with Disabilities Act (ADA)**  
**Program and Facility Users Survey Form**

**The City is seeking input from agencies, organizations, and individuals with disabilities to help the City enhance accessibility to its facilities, programs, services and events.**

The City of South Gate is in the process of preparing their ADA Self Evaluation and Transition Plan which is required by Americans with Disabilities Act (ADA) Title II (28 CFR §35.105(a)). Your input will assist the City in improving its ability to serve the needs of people with disabilities and their families.

Please send completed forms to:

Email: [esaikaly@sogate.org](mailto:esaikaly@sogate.org)

Mail: City of South Gate Public Works  
8650 California Avenue  
South Gate, CA 90280

For any questions, please call: 323-563-9581

Thank you for your time and consideration.

Date (Optional): \_\_\_\_\_ Email address (Optional): \_\_\_\_\_

Address (Optional): \_\_\_\_\_

Name (Optional): \_\_\_\_\_ Phone (Optional): \_\_\_\_\_

Name of Facility or type of Program or Service you are providing input: \_\_\_\_\_

1. What is your relationship to the City of South Gate?
- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Resident   | <input type="checkbox"/> Employee                                      |
| <input type="checkbox"/> Visitor    | <input type="checkbox"/> Participant of a Program, Service or Activity |
| <input type="checkbox"/> Contractor | <input type="checkbox"/> Other   |

If other, please describe:

2. Check all program, services or activities in which you participate at the facility.
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Classes         | <input type="checkbox"/> Seminars         |
| <input type="checkbox"/> Recreation      | <input type="checkbox"/> Work (Volunteer) |
| <input type="checkbox"/> Meetings        | <input type="checkbox"/> Work (Employee)  |
| <input type="checkbox"/> Sporting Events | <input type="checkbox"/> Other            |

If other, please describe:

City of South Gate ADA Program Accessibility Questionnaire

3. Do you know who to contact if you need assistance, have a concern or complaint, or need an accommodation to access a facility, program, service or event:  Yes  No

If yes, who would you contact?

4. Have you ever requested an accommodation for a disability from the City?  Yes  No

5. If an accommodation was requested, was your request for accommodation made by the City?  Yes  
 No  
 Don't know  
 Not Applicable

If yes, what accommodations were made? If no, were you given a reason why it was not provided? Please describe:

6. Have you requested auxiliary aids, an interpreter or specialized equipment?  Yes  No

If yes, what accommodations were made? If no, were you given a reason why it was not provided? Please describe:

7. Is information provided regarding accommodations, auxiliary aids (such as assistive listening systems, interpreters, alternate formats, specialized equipment, or assisted services, etc.)?  Yes  
 No  
 Don't know

Please describe:

8. Have you experienced any non-accessible areas or programs?  Yes  No

*(Examples: no accessible parking spaces, difficulty reaching an accessible entrance, steep ramps, uneven sidewalks, stairs only to the facility, narrow doorways, protruding objects in the hallways, lack of assistive devices, missing or inappropriate signage, lack of interpreters, etc.)*

If yes, please describe:

9. Are you aware of any areas or elements of the facility that are not accessible to individuals with disabilities?  Yes  No

City of South Gate ADA Program Accessibility Questionnaire

If yes, please describe:

10. Are you aware of any programs, services or activities that are not accessible to individuals with disabilities?
- Yes  
 No  
 Don't know

If yes, please describe:

11. Have you attended any special events at the City?
- Yes  No

- a. If yes, did you encounter any non-accessible areas?
- Yes  
 No  
 Don't know  
 Not Applicable

If yes, please describe event attended and the non-accessible area:

12. Is accessible seating provided for individuals with disabilities at meetings, classes, programs, etc. held at the facility?
- Yes  
 No  
 Don't know

If no, please describe:

13. Has the attitude of the staff of the City of South Gate towards you, or someone you know with a disability, been generally helpful, supportive, positive and proactive in solving accessibility issues?
- Yes  
 No  
 Don't know

Please describe:

14. What do you feel is the highest priority for accessibility in the City of South Gate?

**Encuesta para la Ciudad de South Gate, CA**  
**Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)**  
**Formulario de Encuesta de Usuarios del Programa y de la Instalación**

**La Ciudad busca información de agencias, organizaciones, y personas con discapacidades que ayuden a la Ciudad a mejorar el acceso a sus instalaciones, programas, servicios y eventos.**

La Ciudad de South Gate está en el proceso de preparar su Plan ADA de Auto Evaluación y Transición que es requerido por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) Titulo II (28 CFR §35.105(a)). La información que usted proporcione le asistirá a la Ciudad a mejorar su habilidad de cumplir con las necesidades de personas con discapacidades y sus familias.

Una vez completados, favor de enviar los formularios a:

**Correo** [esaikaly@sogate.org](mailto:esaikaly@sogate.org)  
**Eléctronico:**

**Domicilio:** City of South Gate Public Works  
8650 California Avenue  
South Gate, CA 90280

Para cualquier pregunta, favor de llamar al: 323-563-9581

Gracias por su tiempo y consideración.

Fecha **Correo-Eléctronico**  
(Opcional): \_\_\_\_\_ (Opcional): \_\_\_\_\_

Domicilio  
(Opcional): \_\_\_\_\_

Nombre **Teléfono**  
(Opcional): \_\_\_\_\_ (Opcional): \_\_\_\_\_

Nombre de Instalación o tipo de Programa o  
Servicio para el cual usted está  
proporcionando información: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es su relación con la Ciudad de South Gate?
- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Residente   | <input type="checkbox"/> Empleado  |
| <input type="checkbox"/> Visitante   | <input type="checkbox"/> Participante de un programa, servicio o actividad |
| <input type="checkbox"/> Contratista | <input type="checkbox"/> Otro  |

Si otro, favor de dar descripción:

City of South Gate ADA Program Accessibility Questionnaire

2. Marque todos los programas, servicios o actividades en las cuales usted participa en la instalación.
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Clases             | <input type="checkbox"/> Seminario            |
| <input type="checkbox"/> Recreación         | <input type="checkbox"/> Trabajo (Voluntario) |
| <input type="checkbox"/> Juntas             | <input type="checkbox"/> Trabajo (Empleado)   |
| <input type="checkbox"/> Eventos Deportivos | <input type="checkbox"/> Otro                 |

Si otro, favor de dar descripción:

3. ¿Sabe usted con quien comunicarse si necesita asistencia, tiene algún pendiente o queja, o necesita algún arreglo especial para tener acceso a una instalación, programa, servicio o evento?  Sí  No

¿Si su respuesta es sí, con quien se comunicaría?

4. ¿Alguna vez ha solicitado de la Ciudad algún arreglo especial por alguna discapacidad?  Sí  No

5. ¿Si se solicitó algún arreglo especial, fue el arreglo especial solicitado por la Ciudad?  Sí  
 No  
 No Se  
 No Se Aplica

¿Si sí, que arreglos especiales se hicieron? ¿Si no, se le dio a usted una razón porque no? Favor de dar descripción:

6. ¿Ha solicitado usted recursos auxiliares, un intérprete o equipo especializado?  Sí  No

¿Si sí, que arreglos especiales se hicieron? ¿Si no, se le dio a usted una razón de porque no? Favor de dar descripción:

7. ¿Se le ha proporcionado información acerca de arreglos especiales, recursos auxiliares, (tales como sistemas de asistencia de audición, intérpretes, formatos alternos, equipo especializado, o servicios de asistencia, etc.)?  Sí  
 No  
 No Se

Favor de dar descripción:

8. ¿Ha experimentado usted algún problema con el acceso a alguna área o programa?  Sí  No

*(Ejemplos: Espacios de estacionamiento sin acceso, dificultad de alcanzar una entrada con acceso, rampas empinadas, banquetas/aceras desniveladas,*

City of South Gate ADA Program Accessibility Questionnaire

*únicamente escalones a las instalaciones, puertas o entradas angostas, objetos obstruyendo los pasillos, falta de aparatos de asistencia, falta de o letreros inapropiados, falta de intérpretes, etc.)*

Si sí, favor de dar descripción:

9. ¿Sabe usted de algunas áreas o elementos de las instalaciones que no tengan acceso para personas con discapacidades?  Sí  No

Si sí, favor de dar descripción:

10. ¿Sabe usted de algunos programas, servicios o actividades que no tengan acceso para personas con discapacidades?  Sí  
 No  
 No Se

Si sí, favor de dar descripción:

11. ¿Ha asistido usted a algunos eventos especiales de la Ciudad?  Sí  No

¿Si sí, encontró usted alguna área sin acceso?

- Sí  
 No  
 No Se  
 No Se Aplica

Si sí, favor de describir el evento al que asistió y el área sin acceso:

12. ¿Se proporcionaron asientos accesibles para personas con discapacidades en juntas, clases, programas, etc. en las instalaciones?  Sí  
 No  
 No Se

Si no, favor de dar descripción:

13. ¿Ha sido la actitud del personal de la Ciudad de South Gate hacia usted o hacia alguien que usted conoce con alguna discapacidad generalmente servicial, de apoyo, positiva o proactiva de resolver problemas de acceso?  Sí  
 No  
 No Se

Favor de dar descripción:

14. ¿Cuál cree usted que es la mayor prioridad para la accesibilidad en la Ciudad de South Gate?