



پیری هدفمند لس آنجلس

به خاطر شرکت در نظرسنجی پیری هدفمند از شما سپاسگزاریم. پاسخ ها و نظرات شما بسیار برای ما ارزشمند است.

1. نام شهر یا شهرستانی که خانه شما در آن قرار دارد چیست؟

2. چه مدت در این شهر یا شهرستان زندگی کرده اید؟

4 کمتر از 5 سال

3 بیش از 5 سال اما کمتر از 15 سال

2 بیش از 15 سال اما کمتر از 25 سال

1 25 سال یا بیشتر

3. کدپستی 5 رقمی شما چیست؟

4. شهر/شهرستان خود را از لحاظ زندگی افراد هنگام پا به سن گذاشتن چگونه ارزیابی می کنید؟

5 عالی

4 بسیار خوب

3 خوب

2 متوسط

1 ضعیف

5. چقدر برای شما مهم است که هنگام پا به سن گذاشتن در شهر/شهرستان خود بمانید؟

5 بسیار بسیار مهم

4 بسیار مهم

3 مهم

2 نه خیلی مهم

1 اصلا مهم نیست

0 نمی دانم

6. با پا به سن گذاشتن، چقدر احتمال دارد به خانه ای دیگر در شهر/شهرستان خود نقل مکان کنید؟

- 5 بسیار بسیار محتمل
4 بسیار محتمل
3 محتمل
2 نه خیلی محتمل
1 اصلا احتمال ندارد
0 نمی دانم

7. با پا به سن گذاشتن، چقدر احتمال دارد به شهر/شهرستان دیگری نقل مکان کنید؟

- 5 بسیار بسیار محتمل
4 بسیار محتمل
3 محتمل
2 نه خیلی محتمل
1 اصلا احتمال ندارد
0 نمی دانم

8. اگر بخواهید نقل مکان کنید، دلیل این کار شما چیست؟

- | نمی دانم | خیر | بله | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | a. به دنبال خانه ای هستید که اندازه آن نیازهای شما را برطرف کند..... |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | b. نگه داشتن خانه کنونی شما بسیار گران خواهد بود..... |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | c. ترس از ایمنی شخصی یا نگرانی های امنیتی..... |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | d. به دنبال خانه ای هستید که در زندگی مستقل در هنگام پا به سن گذاشتن به شما کمک کند..... |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | e. می خواهید به منطقه ای بروید که مراکز خدمات درمانی بهتری داشته باشد..... |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | f. می خواهید به خانواده نزدیک تر باشید..... |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | g. می خواهید به حمل و نقل عمومی دسترسی بهتری داشته باشید..... |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | h. می خواهید در منطقه آب و هوایی متفاوتی زندگی کنید..... |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | i. به دنبال منطقه ای هستید که هزینه زندگی کمتری داشته باشد..... |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | j. سایر دلایل،
لطفا ذکر کنید: |

9. کدام مورد به بهترین نحو اولویت های زندگی شما را توضیح می دهد؟

- 1 تنها زندگی کردن
2 زندگی با همسر/شریک زندگی
3 زندگی با اعضای خانوادگی
4 زندگی با دوستان/هم خانه
5 زندگی گروهی
6 سایر دلایل،
لطفا ذکر کنید:

10. خانه اولیه شما چه نوع خانه ای است؟

- 1 خانه ای مناسب یک خانواده
2 خانه سیار
3 خانه شهری یا دوبلکس
4 آپارتمان
5 مجتمع های مسکونی و یا تعاونی
6 مسکن/پناهگاه موقت
7 بی خانمان
8 سایر دلایل،
لطفا ذکر کنید:

11. چقدر برای شما مهم است که هنگام پا به سن گذاشتن در خانه خود زندگی کنید؟

- 1 بسیار بسیار مهم
2 بسیار مهم
3 مهم
4 نه خیلی مهم
5 اصلا مهم نیست
6 نمی دانم

12. آیا اصلاحات یا بهینه سازی های زیر برای قادر ساختن شما به ماندن در خانه، روی خانه شما انجام شده است یا خیر؟

- | بله | خیر | نمی دانم | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | a. دسترسی داخل به داخل خانه مانند سطح شیبدار،
بالابر صندلی یا آسانسور، یا درب ورودی بزرگتر..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | b. اصلاحات دستشویی مانند دستگیره مخصوص بلند شدن، نرده،
توالت بلندتر یا کاشی های غیر لغزنده..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | c. قرار دادن اتاق خواب، حمام و دستشویی، یا آشپزخانه در طبقه اول |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | d. نورپردازی |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | e. بهینه.....
نصب سیستم پاسخگویی به موارد اضطراری پزشکی که در موارد اضطراری به |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | f. دیگران خبر می دهد.....
سایر، لطفا ذکر کنید |

13. آیا شهر/شهرستانی که در آن زندگی می کنید موارد زیر را دارد؟

- | بله | خیر | نمی دانم | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | a. پیمانکاران تعمیر خانه که قابل اعتماد هستند و کیفیت کارشان خوب است،
و هزینه های معقول دارند..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | b. خدمات تعمیر خانه برای افراد کم درآمد و سالمند..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | c. خدمات فصلی مانند چمن زنی یا برف روبی برای
افراد کم درآمد و سالمند..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | d. گزینه های مسکن مقرون به صرفه برای بزرگسالان از سطوح مختلف درآمد،
مانند جوامع سالمندان فعال، زندگی با کمک هزینه و جوامعی با تسهیلات |

- مشترک و فضاهای بیرونی
 e. پارک هایی که به خوبی نگهداری می شوند و ایمن بوده و در فاصله کمی نسبت به خانه شما قرار دارند.....
 f. پارک های عمومی با تعداد نیمکت کافی.....
 g. پیاده روهایی که مناسب عابران پیاده یا ویلچرها هستند.....
 h. ساختمان ها و تسهیلات عمومی که به خوبی نگهداری می شوند و برای افرادی با توانایی های جسمی متفاوت در دسترس هستند.....
 i. برنامه تماشای محله.....

14. برای کارهایی مانند خرید کردن، ویزیت پزشک، گشت زدن، یا رفتن به مکان های دیگر از چه وسایلی استفاده می کنید؟

- | بله | خیر | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a. خودتان رانندگی می کنید..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b. دیگران شما را می رسانند..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c. پیاده روی می کنید..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d. با دوچرخه می روید..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e. از حمل و نقل عمومی استفاده می کنید..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f. تاکسی/آژانس می گیرید..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. از خدمات اوبر/لیفت استفاده می کنید..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. از خدمات حمل و نقل ویژه، مانند خدمات مختص افراد سالمند یا معلول استفاده می کنید..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. سایر، لطفا ذکر کنید:..... |

15. تا آن جا که می دانید، آیا شهر/شهرستان شما موارد زیر را دارد؟

- | بله | خیر | نمی دانم | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a. حمل و نقل عمومی راحت و قابل دسترس..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b. حمل و نقل عمومی ارزان..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c. وسایل حمل و نقل عمومی که به خوبی از آن ها نگهداری می شود..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d. حمل و نقل عمومی قابل اعتماد..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e. ایستگاه ها یا مناطق حمل و نقل عمومی ایمن..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f. خدمات حمل و نقل ویژه مختص افراد معلول یا افراد سالمند..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. خیابان هایی که به خوبی از آن ها نگهداری می شود..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. علائم ترافیکی که خواندن آن ها راحت است..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. محدوده سرعت اجرا شده..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j. پارکینگ های عمومی، فضاها و سایر مناطق مناسب پارک کردن..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k. پارکینگ های عمومی ارزان..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l. تقاطع ها و خیابان های با نور کافی، و ایمن برای همه استفاده کنندگان (عابران پیاده، دوچرخه سواران، رانندگان)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | m. خطوط عابر پیاده ایمن..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | n. دوره های آموزش/ارتقا سطح رانندگان..... |

16. در مقایسه با اکثر افراد همسن و سال خود، سلامت خود را چگونه ارزیابی می کنید؟

- 5 عالی
4 بسیار خوب

- 3 خوب
2 متوسط
1 ضعیف

17. هر چند وقت در فعالیت های جسمانی (مانند، پیاده روی، دویدن، دوچرخه سواری، شنا، ورزش، تمرین های قدرتی، یوگا، تمرین های کششی) شرکت می کنید؟

- 5 هر روز
4 چند بار در هفته، اما نه هر روز
3 تقریباً هفته ای یکبار
2 کمتر از هفته ای یکبار
1 هیچ وقت

18. آیا شهر/شهرستانی که در آن زندگی می کنید هیچ یک از موارد زیر را دارد؟

بله	خیر	نمی داند	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	a. برنامه های سلامت و تندرستی و کلاس هایی در زمینه تغذیه، ترک سیگار، و کنترل وزن.....
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	b. فعالیت های تناسب اندام مخصوص سالمندان.....
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	c. مراکز خدمات اجتماعی و سلامت در مکان های در دسترس.....
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	d. خدماتی که به افراد سالمند کمک می کند تا مراکز خدمات سلامت و پشتیبانی را پیدا کنند.....
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	e. مراکز مراقبت های فوری در مکان های در دسترس.....
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	f. اطلاعات در دسترس راجع به خدمات محلی سلامت و پشتیبانی.....
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	g. خدمات مراقبت خانگی، شامل خدمات سلامت، مراقبت شخصی و خانه داری.....
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	h. ارائه کنندگان مراقبت از سلامت خانگی آموزش دیده و مورد تایید.....
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	i. ارائه کنندگان مراقبت از سلامت خانگی با خدمات ارزان قیمت.....
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	j. بیمارستان ها و مراکز مراقبت از سلامت که به خوبی از آن ها نگهداری شده.....
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	k. تعدادی از افراد حرفه ای حوزه سلامت، شامل متخصصان.....
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	l. متخصصان حوزه سلامت که به زبان های مختلف صحبت می کنند.....
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	m. خدمات پاسخگویی قابل فهم و مفید در بیمارستان ها یا کلینیک های محلی.....
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	n. کارکنان کلینیکی محترم و مفید بیمارستان.....

19. تا چه اندازه با دوستان، خانواده یا همسایگان خود ارتباط دارید؟ این تعامل می تواند از طریق تلفن، رو در رو، ایمیل، یا رسانه های اجتماعی (مانند فیسبوک) باشد.

- 4 بیش از یکبار در روز
3 تقریباً یکبار در روز
2 چندین بار در هفته
1 کمتر از هفته ای یکبار
0 هیچ وقت

20. آیا ارتباطاتی که در بالا ذکر شد...

- 3 بیش از حد است
2 به اندازه است
1 کافی نیست

21. آیا در کلاس ها/کارگاه های ادامه تحصیل یا بهبود شخصی شرکت می کنید؟ (تمام مواردی که صدق می کند را انتخاب کنید)

- 1 دانشگاه/کالج های محلی
2 اداره پارک ها و اوقات فراغت
3 جوامع مذهبی
4 سازمان های محلی یا کسب و کارها
5 مرکز جامعه
6 مرکز سالمندان
7 پیشنهادات محل کار من
8 برنامه های آنلاین
9 سایر، لطفا ذکر کنید:
10 من در هیچ کلاس ادامه تحصیل یا بهبود شخصی شرکت نمی کنم

22. آیا شهر/شهرستانی که در آن زندگی می کنید موارد زیر را دارد؟

بله خیر نمی دانم

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a. مراکز تفریحی در دسترس..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b. فعالیت های مخصوص سالمندان..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c. فعالیت هایی که به سالمندان تخفیف می دهد..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d. فعالیت های ارزان قیمت متناسب همه ساکنان..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e. فعالیت هایی که متناسب جوانان و سالمندان است..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f. اطلاعات دقیق در مورد فعالیت های اجتماعی که در مورد آن ها به خوبی اطلاع رسانی شده است..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. فعالیت های مختلف فرهنگی برای جمعیت های متنوع..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. مدارس محلی که در رویدادها و فعالیت های خود از سالمندان نیز استفاده می کنند..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. ادامه کلاس های آموزشی..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j. کلاب های محلی، مانند کلاب های مختص کتاب، باغبانی، صنایع دستی یا سرگرمی..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k. حق انتخاب از بین تعداد زیادی از فعالیت های داوطلبانه..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l. فرصت های آموزشی داوطلبانه برای کمک به افراد در انجام نقش های داوطلبانه خود..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | m. فرصت هایی برای افراد سالمند برای شرکت در نهادهای تصمیم گیری، مانند شوراهای جامعه یا کمیته ها..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | n. اطلاعات در دسترس راجع به فرصت های داوطلبانه محل..... |

23. کدام یک از موارد زیر وضعیت شغلی کنونی شما را به بهترین نحو توصیف می کند؟

- 7 بازنشسته، اصلا کار نمی کنم
6 به دلایل دیگر کار نمی کنم
5 شغل آزاد، پاره وقت
4 شغل آزاد، تمام وقت
3 استخدام، پاره وقت
2 استخدام، تمام وقت
1 بیکار، اما در جستجوی کار

24. اگر استخدام هستید، چقدر احتمال دارد که بازنشست شوید؟

- 5 بسیار بسیار محتمل

- 4 بسیار محتمل
3 محتمل
2 نه خیلی محتمل
1 اصلا احتمال ندارد
0 نمی دانم

اگر محتمل نیست، یا اصلا محتمل نیست، دلایلش چیست؟

25. آیا شهر/شهرستانی که در آن زندگی می کنید موارد زیر را دارد؟

- | بله | خیر | نمی دانم | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | a. تعدادی فرصت شغلی انعطاف پذیر برای سالمندان..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | b. فرصت های آموزش شغلی برای سالمندانی که می خواهند مهارت شغلی جدیدی را یاد بگیرند یا در زمینه شغلی دیگر آموزش ببینند..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | c. شغل هایی که مناسب نیازهای افراد دارای معلولیت هستند..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | d. شغل هایی که مناسب نیازهای افراد دارای معلولیت هستند..... |

26. اگر یکی از اعضای خانواده یا یکی از دوستانتان به اطلاعاتی در مورد خدمات سالمندان مانند خدمات مراقبتی، وعده های غذایی تحویل در خانه، تعمیرات خانگی، حمل و نقل درمانی یا فعالیت های اجتماعی نیاز داشته باشند، آیا به منابع زیر مراجعه می کنید؟ (تمام مواردی که صدق می کند را انتخاب کنید)

- | بله | خیر | |
|----------------------------|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | a. مراکز سالمندان محلی..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | b. آژانس پیری منطقه ای محلی (AAA)..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | c. خانواده یا دوستان..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | d. سازمان های غیرانتفاعی محلی..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | e. AARP..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | f. سازمان های مذهبی، مانند کلیساها یا کنیسه ها..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | g. اینترنت..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | h. دفترچه تلفن..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | i. پزشک شما یا دیگر متخصصان مراقبت از سلامت..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | j. ادارات دولتی محلی، مانند وزارت بهداشت..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | k. کتابخانه..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | l. سایر، لطفا ذکر کنید:..... |

27. آیا شهر/شهرستانی که در آن زندگی می کنید موارد زیر را دارد؟

- | بله | خیر | نمی دانم | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | a. دسترسی به اطلاعات جامعه در یک منبع مرکزی..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | b. اطلاعات جامعه در انظار و واضح و با استفاده از حروف درشت..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | c. منبع اطلاعات جامعه اتوماتیک که فهم آن راحت باشد، مانند شماره تلفن رایگان..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | d. دسترسی رایگان به کامپیوتر و اینترنت در مکان های عمومی، مانند کتابخانه، مراکز سالمندان یا ساختمان های دولتی..... |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 0 | e. اطلاعات جامعه که به صورت شخصی به افرادی که ممکن است نتوانند خانه را |

- f. ترک کنند یا برایشان دشوار باشد ارائه می شود. ₁ ₂ ₀
- g. اطلاعات جامعه ای که به چند زبان مختلف در دسترس است. ₁ ₂ ₀

بله ₁ خیر ₂

28. آیا بیمه دندانپزشکی دارید؟ ₁ ₂
29. آیا در 3 گذشته دندان های خود را معاینه کرده اید؟ ₁ ₂
30. آیا در سال گذشته واکسن آنفلوانزا زده اید؟ ₁ ₂
31. آیا در زمان های اضطراری برنامه ای برای تخلیه خانه خود دارید؟ ₁ ₂
- a. آیا برای برنامه ریزی نیاز به کمک دارید؟ ₁ ₂

32. در هنگام وقوع فاجعه، آیا برنامه ای شامل ذخیره مواد اولیه، آب،

- اطلاعات تماس و غیره دارید؟ ₁ ₂
- a. آیا برای برنامه ریزی نیاز به کمک دارید؟ ₁ ₂

بله ₁ خیر ₂

33. آیا مقدار مورد نیاز از داروهای تجویزی خود را در صورت وقوع حادثه در دسترس دارید؟ ₁ ₂

34. آیا شما یا شخصی دیگر در خانه تان وظیفه مراقبت از یکی از اعضای خانواده یا دوستانی که با مشکلات حافظه مواجهند به گونه ای که بر روی توانایی کار کردن یا زندگی عادی آن ها اثر گذاشته باشد، را بر عهده دارید؟.....
₂ ₁
- اگر پاسخ شما «بله» است، آیا پزشک برای آنان تشخیص آلزایمر یا نوع دیگری از زوال عقل را داده است؟.....
₂ ₁

اگر پاسخ شما به هر یک از سوالات بالا «بله» است، لطفا به ما بگویید که فکر می کنید چه نوع کمکی برای شما مفید خواهد بود؟
 (تمام مواردی که صدق می کند را انتخاب کنید):

- a. اطلاعات مربوط به آلزایمر یا زوال عقل و یا چگونگی مدیریت علائم.....
₂ ₁
- b. کسی که راجع به زوال عقل اطلاعات دارد و می توانم با او صحبت کنم و می تواند در فهم و کنار آمدن با بیماری به من کمک کند (مثلا مشاور مراقبت).....
₂ ₁
- c. روشی کم هزینه یا بدون هزینه برای پلیس یا آتش نشانی تا در صورت گم شدن بتوانند فرد را پیدا کنند.....
₂ ₁
- d. پزشکی که بتواند بیماری ها را تشخیص دهد و مراقبت یا درمان را ارائه کند.....
₂ ₁
- e. کمک حقوقی برای نیازهای مراقبتی یا مشکلات مالی.....
₂ ₁
- f. گروه پشتیبانی.....
₂ ₁
- g. کمک مالی برای تامین هزینه های پرستار.....
₂ ₁
- h. کمک در خانه تا من یا شخص دیگری بتواند کار کند، کارهای روزمره را انجام دهد یا مدتی دور از خانه باشد.....
₂ ₁
- i. مرکز مراقبت از سالمندان.....
₂ ₁
- j. مراکز کمک به ادامه زندگی یا خانه سالمندان.....
₂ ₁
- k. سایر، لطفا ذکر کنید:

در باره شما ...

D1. جنسیت شما چیست؟

- ₁ مذکر
₂ مونث
₃ ترجیح می دهم پاسخ ندهم

D2. کدام یک از موارد زیر در مورد شما صدق می کند... (تمام مواردی که صدق می کند را علامت بزنید)

- ₁ علاقمند به جنس مخالف یا عادی
₂ همجنس گرا یا گی یا لزبین
₃ دوجنس گرا
₄ ترجیح می دهم پاسخ ندهم
₅ چیزی دیگر:

D3. متولد چه سالی هستید؟

D4. وضعیت تاهل کنونی شما چیست؟

- ₁ متاهل
₂ غیر متاهل، زندگی با شریک
₃ جدا شده
₄ مطلقه
₅ بیوه
₆ هیچ وقت ازدواج نکرده ام

D5. آیا تنها زندگی می کنید؟

- ₁ بله
₂ خیر

اگر نه، به طور معمول چند نفر در خانه شما زندگی می کنند؟

- ₁ 2
₂ 3
₃ 4
₄ بیش از 4

در حال حاضر با این افراد زندگی می کنید... (تمام مواردی که صدق می کند را علامت بزنید)

- خیر
- a. فرزند/فرزندان زیر 18.....
₂ ₁
- b. فرزند/فرزندان 18 یا بالاتر.....
₂ ₁
- c. فرزند/فرزندان که از شما دور هستند و در کالج می باشند.....
₂ ₁
- d. والدین.....
₂ ₁
- e. دیگر خویشاوند بزرگسال 18 سال یا بالاتر.....
₂ ₁

بله خیر

₂ ₁

آیا وظایف مراقبتی خانواده را بر عهده دارید؟

اگر بله، وظیفه مراقبت از کدام افراد را بر عهده دارید... (تمام مواردی که صدق می کند را علامت بزنید)

- a. فرزند/فرزندان زیر 18ل ₁ ₂
- b. فرزند/فرزندان 18ل یا بالاتر ₁ ₂
- c. همسر/شریک ₁ ₂
- d. والدین ₁ ₂
- e. دیگر خویشاوند بزرگسال 18 سال یا بالاتر ₁ ₂

D6. آیا هیچ کدام از پوشش های بیمه مراقبت از سلامت زیر را دارید؟

بله خیر نمی دانم

₁ ₂ ₀

a. بیمه از طریق کارفرمای کنونی یا سابق خودتان یا همسرتان.....

₁ ₂ ₀

b. بیمه ای که به صورت مستقیم از شرکت بیمه خریداری شده (نه توسط

کارفرما).....

₁ ₂ ₀

c. Medicare (برای افراد 65 سال به بالا یا افرادی با مشکلات سلامتی

مشخص).....

₁ ₂ ₀

d. Medicaid [Medi-Cal] یا هرگونه پلان کمکی دولتی برای افراد

e. کم درآمد یا معلول.....

₁ ₂ ₀

f. اداره کهنه سربازان و یا سایر مراقبت های بهداشتی نظامی.....

g. سایر پوشش های بیمه.....

D7. آیا معلولیت، نقص، یا بیماری مزمنی باعث شده است تا شما، همسر یا شریکتان نتوانید به طور کامل در محیط کار، مدرسه، کارهای خانگی یا سایر فعالیت ها شرکت کنید؟ (تنها یک مورد را انتخاب کنید)

₁ بله، خود من

₂ بله، همسر یا شریکم

₃ هم من و هم همسر یا شریکم

₄ خیر

D8. آیا اصالت یا نیاکان شما اسپانیایی تبار، اسپانیایی، یا لاتین است؟

₁ بله ₂ خیر

D9. ترجیح می دهید در خانه به کدام زبان صحبت کنید؟ (تنها یک مورد را انتخاب کنید)

₁ ارمنی

₂ کامبوجی/خمیر

₃ چینی

₄ انگلیسی

₅ فارسی

₆ کره ای

₇ روسی

₈ اسپانیایی

₉ تاگالوگ

₁₀ ویتنامی

D10. نژاد و یا قومیت شما چیست؟ (تمام مواردی که صدق می کند را انتخاب کنید)

- ₁ سفید یا قفقازی
□₂ سیاه یا آمریکایی آفریقایی
□₃ سرخپوستان آمریکایی یا بومی آلاسکا
□₄ آسیایی
□₅ بومی هاوایی یا دیگر جزیره های اقیانوس آرام
□₆ سایر، لطفا ذکر کنید: _____

D11. بالاترین سطح تحصیلات شما کدام است؟

- ₁ k- کلاس دوازدهم (بدون دیپلم)
□₂ فارغ التحصیل دبیرستان، GED یا معادل آن
□₃ تحصیلات/آموزش های بعد از دبیرستان (بدون مدرک)
□₄ مدرک 2 ساله کالج
□₅ مدرک 4 ساله کالج
□₆ تحصیلات تکمیلی (بدون مدرک)
□₇ مدرک تحصیلات تکمیلی یا مدرک حرفه ای

D12. آیا برای رای دادن ثبت نام کرده اید؟ □ بله □ خیر

D13. به طور کلی، هر چند وقت یکبار برای کارهایی مانند فرستادن یا دریافت ایمیل، دریافت اخبار و اطلاعات، پرداخت قبوض یا مدیریت مالی، یا خرید محصولات یا خدمات به اینترنت سر می زنید؟ این شامل دسترسی از خانه، محل کار، گوشی تلفن همراه، (مانند گوشی هوشمند)، یا مکان های دیگر می شود.

- ₁ اغلب – حداقل به طور روزانه
□₂ گاهی اوقات – یک یا چند بار در هفته، اما نه هر روز
□₃ هر از گاهی – چند بار در ماه
□₄ به ندرت – ماهی یکبار یا کمتر
□₅ هیچ وقت

D14. در سال مالیاتی اخیر، درآمد سالانه خانواده شما قبل از پرداخت مالیات چقدر بود؟

- ₁ کمتر از 12000 دلار □₅ بین 75000 تا 99999 دلار
□₂ بین 12000 تا 24999 دلار □₆ بین 100000 تا 149999 دلار
□₃ بین 25000 تا 49999 دلار □₇ 150000 دلار یا بیشتر
□₄ بین 50000 تا 74999 دلار

لطفا نظرات خود را در زیر بیان کنید

بابت تکمیل این نظرسنجی از شما سپاسگزاریم.
کمک شما در ارائه این اطلاعات بسیار برای ما ارزشمند است.