

老龄化总体规划 公众调查： 绘制蓝图



Master Plan for Aging

纽约州正在制定老龄化总体规划 (Master Plan for Aging, MPA), 该规划将制定一份战略蓝图, 以确保所有纽约民众不论其年龄, 都能过上充实、健康、自由、有尊严和独立的生活。本调查旨在了解纽约民众的生活条件、护理和服务需求, 以及纽约民众希望在 MPA 中解决的重点领域。

从本次调查中得到的回答将有助于为纳入 MPA 的建议战略、政策和新计划或改进计划提供信息。本调查让您有机会告诉我们, MPA 如何为您和您的家庭提供最佳服务。

请尽快完成调查表, 但最迟不得晚于 2023 年 12 月 31 日。您可以在他人的参与下代表他人完成本调查。提交的答案是匿名的。

如需了解有关 MPA 的更多信息, 请访问 www.ny.gov/mpa。如对调查有任何疑问, 请发送电子邮件至 MPA@health.ny.gov。

1. 您是否代表他人完成本调查?

- 否, 我不是代表他人完成此调查
- 是的, 我是代表他人完成此调查 (随后的所有回答均指他人, 而非我本人)

2. 请选择您在纽约州主要居住的县。请只勾选一项。

- | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Albany | <input type="checkbox"/> Dutchess | <input type="checkbox"/> Madison | <input type="checkbox"/> Putnam | <input type="checkbox"/> Sullivan |
| <input type="checkbox"/> Allegany | <input type="checkbox"/> Erie | <input type="checkbox"/> Monroe | <input type="checkbox"/> Queens | <input type="checkbox"/> Tioga |
| <input type="checkbox"/> Bronx | <input type="checkbox"/> Essex | <input type="checkbox"/> Montgomery | <input type="checkbox"/> Rensselaer | <input type="checkbox"/> Tompkins |
| <input type="checkbox"/> Broome | <input type="checkbox"/> Franklin | <input type="checkbox"/> Nassau | <input type="checkbox"/> Richmond | <input type="checkbox"/> Ulster |
| <input type="checkbox"/> Cattaraugus | <input type="checkbox"/> Fulton | <input type="checkbox"/> New York | <input type="checkbox"/> Rockland | <input type="checkbox"/> Warren |
| <input type="checkbox"/> Cayuga | <input type="checkbox"/> Genesee | <input type="checkbox"/> Niagara | <input type="checkbox"/> St. Lawrence | <input type="checkbox"/> Washington |
| <input type="checkbox"/> Chautauqua | <input type="checkbox"/> Greene | <input type="checkbox"/> Oneida | <input type="checkbox"/> Saratoga | <input type="checkbox"/> Wayne |
| <input type="checkbox"/> Chemung | <input type="checkbox"/> Hamilton | <input type="checkbox"/> Onondaga | <input type="checkbox"/> Schenectady | <input type="checkbox"/> Westchester |
| <input type="checkbox"/> Chenango | <input type="checkbox"/> Herkimer | <input type="checkbox"/> Ontario | <input type="checkbox"/> Schoharie | <input type="checkbox"/> Wyoming |
| <input type="checkbox"/> Clinton | <input type="checkbox"/> Jefferson | <input type="checkbox"/> Orange | <input type="checkbox"/> Schuyler | <input type="checkbox"/> Yates |
| <input type="checkbox"/> Columbia | <input type="checkbox"/> Kings | <input type="checkbox"/> Orleans | <input type="checkbox"/> Seneca | |
| <input type="checkbox"/> Cortland | <input type="checkbox"/> Lewis | <input type="checkbox"/> Oswego | <input type="checkbox"/> Steuben | |
| <input type="checkbox"/> Delaware | <input type="checkbox"/> Livingston | <input type="checkbox"/> Otsego | <input type="checkbox"/> Suffolk | |

3. 您如何描述您的主要居住地? (请选择一项)

- 城市/市区
- 郊区
- 农村

4. 您在当地是否交通不便?

- 是
- 否

5. 如果您对上述问题的回答为“是”，那么您无法使用交通工具的首要原因是什么?

- 不了解现有的交通方式
- 缺乏使用现有交通方式所需的技术
- 缺乏可供选择的交通方式
- 缺乏符合《美国残疾人法案》(Americans with Disability Act, ADA) 的交通工具
- 无法驾驭交通系统, 包括时间表、路线和站点。
- 无力负担交通费用
- 不会开车
- 其他 (请具体说明) _____

6. 您是否有残疾、身体受限或行动不便的问题?

- 是
- 否

7. 如果您对上述问题的回答为“是”，您会觉得您的残疾、身体受限或行动不便问题会给您的行动和出行带来困难吗?

- 大多时候
- 有些时候
- 很少时候

8. 如果您在问题 6 中指出了您的残疾、身体受限或行动不便问题，您认为您所在社区的无障碍程度如何? 也就是说，您认为有残疾、身体受限或行动不便的人在离开家获得服务和参与社区活动时的便利程度如何?

- 非常便利; 我觉得自己在社区活动自如
- 中等便利; 我可以独立完成大部分需要做的事情
- 不太便利; 我可以在别人的帮助下完成大部分需要做的事情, 或者我在做这些事情时会有困难
- 难以完成

9. 您在社区中是否受到歧视 (包括可能基于年龄或能力的歧视) ?

- 是
- 否

10. 如果您对问题 9 的回答为“是”，您多久会经历一次歧视？

- 经常 (如每周一次)
- 一般 (如每年几次)
- 较少 (发生过几次, 但只是偶尔发生)

11. 您认为纽约州对防止歧视的保护是否充分或者州府能否做得更多？

- 是的, 有足够的保护
- 纽约州有良好的保护, 但可以做得更多
- 纽约州没有充分保护人们免受歧视

12. 请选择最能描述您的生活方式的选项:

- 拥有私人住宅
 - 租住私人住宅
 - 与家人同住
 - 独立老年公寓/社区
 - 辅助性住房/辅助生活
 - 疗养院/专业护理机构
 - 其他类型的居住环境 (请注明)
-

13. 您居于当前住所需要的费用是否给您造成负担？

- 是
- 否
- 不适用

14. 您是否有能力满足自己对食物和营养的需求？

- 是, 我有能力满足我的需求
- 否, 我无力满足自己的需求, 但我有领取援助/福利 (如社区、教会、政府、家庭等)
- 否, 我无力满足自己的需求, 也没有接受任何援助/福利

15. 如果您没有能力满足自己的食物和营养需求, 也没有领取任何援助/福利, 那么您没有领取福利的原因是什么？

- 不知道有哪些福利可领取
- 不符合资格标准
- 不想要任何援助
- 不适用

16. 您是否有能力满足自己的药物需求?

- 是, 我有能力满足我的需求
- 否, 我无力满足自己的需求, 但我有领取援助/福利 (如社区、教会、政府、家庭等)
- 否, 我无力满足自己的需求, 也没有接受任何援助/福利
- 不适用

17. 如果您无力满足自己的药物需求, 也没有领取任何援助/福利, 那么您没有领取福利的原因是什么?

- 不知道有哪些福利可领取
- 不知道如何或到在哪里申请援助
- 不符合资格标准
- 不想要任何援助
- 不适用

18. 您的就业状况如何?

- 在职 - 全职
- 在职 - 兼职
- 失业/找工作中
- 无法工作并领取残疾津贴
- 退休 - 自愿
- 退休 - 非自愿 (例如, 医疗问题、残疾、事故或家庭状况)
- 学生
- 家庭主妇

19. 您退休后是否打算离开您所在社区?

- 是
- 否

20. 如果是, 您想在其他地方过退休生活的首要原因是什么?

- 财务状况
- 医疗保健
- 天气
- 家庭所在地
- 照护者的情况
- 其他 (请具体说明) _____

21. 您是否经常与家人、朋友或社区成员交谈?

- 是
- 否

22. 您多久与家人、朋友或社区成员交谈一次？

- 每天
- 每周
- 每月
- 每隔几个月
- 一年一次或更久
- 从不

23. 您家中是否接通了网络？

- 是
- 否

24. 如果您家中没有接通网络，原因是什么？

- 负担不起网络费用
- 我所在地区没有网络连接或网络连接不可靠
- 不想上网

25. 您是否经常花时间协助他人进行以下活动？请勾选所有适用项。

- 家务
- 交通
- 购物, 包括日用品、洗漱用品、衣物和其他必需品
- 准备饭菜/烹饪
- 管理财务
- 安排预约
- 用药
- 卫生保健
- 使用技术、电子和/或通讯设备
- 草坪护理/清除积雪、房屋维护或维修
- 照顾儿童或宠物
- 帮助保持宗教习惯、爱好或其他兴趣爱好
- 语言翻译
- 在紧急情况下提供帮助
- 我没有或不能帮助他人完成上述任何任务
- 其他 (请具体说明) _____

26. 如果您帮助他人完成问题 25 中提到的任何任务, 您会向谁提供这种帮助? 请勾选所有适用项。

- 家人
- 朋友
- 社区成员
- 同事

**27. 如果您帮助他人完成问题 25 中提到的任何任务, 请说明您提供此帮助的主要原因?
请勾选所有适用项。**

- 我所帮助的人身患疾病
- 我帮助的人身体受限
- 我帮助的人有精神、行为或药物使用障碍
- 我帮助的人没有上述限制, 但手头的工作让其不堪重负 (例如, 需要照顾孩子, 不能理解技术或电子设备)

28. 如果您帮助他人完成问题 25 中所述的任何任务, 您多久提供一次帮助?

- 平均每周超过 30 小时
- 平均每周 15-30 小时
- 平均每周 7-14 小时
- 平均每周少于 7 小时

29. 如果您帮助他人完成问题 25 中提到的任何任务, 您是否需要帮助? 这可能是经济援助、计划或其他支持。

- 是
- 否
- 不适用

30. 您是否在以下活动中接受过他人的帮助? 请勾选所有适用项。

- 家务
- 交通
- 购物, 包括日用品、洗漱用品、衣物和其他必需品
- 准备饭菜/烹饪
- 管理财务
- 安排预约
- 用药
- 卫生保健
- 使用技术、电子和/或通讯设备
- 草坪护理/清除积雪、房屋维护或维修
- 照顾儿童或宠物
- 保持宗教习惯、爱好或其他兴趣爱好
- 语言翻译
- 紧急情况下的需求
- 其他 (请具体说明) _____
- 不适用

31. 如果您在问题 30 中提到的任何上述任务中得到他人的帮助, 那么是谁经常向您提供这种帮助 (请勾选所有适用项)?

- 家人
- 朋友
- 社区成员
- 同事
- 有偿工作人员

32. 如果您接受他人的帮助, 您多久接受一次这种帮助?

- 平均每周超过 30 小时
- 平均每周 15-30 小时
- 平均每周 7-14 小时
- 平均每周少于 7 小时

33. 您认为在社区中保持独立、健康和人际关系的最大挑战是什么? 请最多选择 5 个原因。

- 我不清楚所在社区提供哪些服务
- 我不知道我有资格获得哪些公共福利, 及/或我不知道如何获得我有资格享受的公共福利 (例如, 补充营养援助计划 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)、家庭能源援助计划 (Home Energy Assistance Program, HEAP) 等)
- 我不符合获得服务或福利的资格标准
- 我无法找到/雇用人员提供我需要的服务
- 我可获得的社区服务无法满足我的需求
- 我承担不起住房
- 我上网或使用宽带的机会有限或根本没有
- 我没有手机、平板电脑或电脑
- 我不知道如何很好地使用技术
- 社区内的医疗服务提供者和专业人员不会说我偏好的语言和/或不了解我的文化
- 我不信任社区里的医疗服务提供者和专业人员
- 我的家庭或社区无法为我提供实际的无障碍环境 (例如, 缺乏扶手、坡道、照明不足、没有人行道、没有停车场、缺乏残疾人无障碍设施/空间等)
- 我需要但没有辅助或医疗设备/装置, 如病床、轮椅、助行器、拐杖、便椅、助听器、眼镜等。
- 我需要但没有有人帮我做家务, 如修理房屋、打扫庭院和除雪
- 我无法到达我需要去的地方 (例如, 我很难出门, 因为很难找到交通工具)
- 我有身体受限或行动不便的问题, 导致出门困难
- 我的处方药和/或医疗服务过于昂贵
- 我依赖他人为我做决定
- 医疗保健和公共服务提供者之间缺乏协调/沟通
- 人们因为我的年龄而对我区别对待
- 其他 (请具体说明) _____
- 我不认为在我的社区中保持独立、健康和联系有任何挑战。

34. 据您所知，您所在社区的所有社区成员，尤其是老年人或有智力或发育障碍的个人，最难获得以下哪些福利和服务（请选择所有适用项）？

- 医疗
- 协助做日常家务、购物、洗衣、准备饭菜、理财等
- 协助洗澡、穿衣、梳洗、如厕、转移、监督服药等
- 小型家居改造/维修
- 协助获取公共援助和福利
- 送餐和/或协助餐食计划和准备膳食
- 预防和干预虐待行为（例如，识别、报告和应对虐待行为的机制）
- 为精神/行为健康障碍患者提供服务和治疗
- 为药物使用障碍者提供服务和治疗
- 为智力和发育障碍者提供服务和治疗
- 为阿尔茨海默病和其他痴呆症患者提供服务和治疗
- 慢性病自我管理
- 治疗服务（职业、物理、言语等）
- 透析服务
- 交通
- 社交机会
- 护理协调/病例管理服务
- 以设施为基础的长期护理（如疗养院、成人护理设施、辅助生活设施、家庭式养老院等）
- 促进融合和独立的社区服务
- 其他（请具体说明）_____

35. 您希望在老龄化总体规划中优先考虑哪些最重要的领域？请最多选择 5 领域。

- 住房
- 在社区中与他人交往的机会（如社交、爱好/兴趣、志愿服务、宣传工作、投票等）
- 精神/行为健康障碍
- 药物使用障碍
- 智力和发育障碍
- 阿尔茨海默病和其他痴呆症
- 虐待预防和干预（包括经济剥削、身体虐待、性虐待、情感虐待、言语虐待和忽视）

（接下页）

- 技术与技术安全
- 交通
- 基于设施的长期服务和支持
- 扩大社区服务选择
- 护理协调/病例管理服务
- 招聘和留住劳动力, 包括在家中为人们提供帮助的有偿照护者和专业人员 (如家庭健康助理、个人护理助理、设施和计划中的工作人员等, 和/或通过自主服务获得报酬的家人或朋友)
- 为协助人们进行日常生活活动的家人、朋友、邻居和其他无偿照护者提供支持和福利
- 送餐和/或协助餐食计划和准备膳食
- 通过公共福利计划 (如补充营养援助计划 (SNAP)、家庭能源援助计划 (HEAP) 等) 扩大经济援助和补贴服务的资格标准。
- 气候变化 (如极端高温、洪水等)
- 防止年龄歧视和残疾歧视
- 其他 (请具体说明) _____
- 我认为老龄化总体规划没有任何优先领域。

人口统计 (选填项)

1. 您的年龄范围是?

- 18 岁以下
- 18-24 岁
- 25-35 岁
- 36-49 岁
- 50-64 岁
- 65-74 岁
- 75-84 岁
- 85 岁或以上

2. 您的种族是?

- 白人 (包括中东人和北非人)
 - 黑人或非裔美国人
 - 西班牙裔
 - 亚裔
 - 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
 - 夏威夷原住民或其他太平洋岛民
 - 两个或多个种族, 或我以不同方式识别我的种族 (请注明)
-

3. 您的性取向是?

- 异性恋
- 男同性恋
- 女同性恋
- 双性恋
- 酷儿
- 泛性恋
- 无性恋
- 不想回答
- 不确定/有疑问/我不知道
- 未列出 (请注明) _____

4. 当前性别认同

- 女性
- 男性
- 跨性别女性
- 跨性别男性
- 性别未明者
- 非二元性别
- 性别 X
- 不想回答
- 不确定/有疑问/我不知道
- 未列出 (请注明) _____

5. 出生时指定的性别

- 女
- 男
- 双性人
- 选择不回答

感谢您参与问卷调查。您的答复将帮助我们了解老龄化总体规划如何能对您和您的家庭发挥最大效用。如需获取有关老龄化和长期服务与支持方面的更多信息, 请访问 www.nyconnects.ny.gov 或拨打 **800-342-9871** 联络 NY Connects。

此外, 我们了解这些与虐待和歧视老年人相关的问题可能会造成情绪上的不适。如果您或您爱的人经历或目睹了虐待老人的行为, 您可以通过拨打 **1-844-697-3505** 联系纽约州成人保护服务 (APS) 帮助热线提出投诉 (如需要可以匿名)。您也可以使用以下链接中提供的联系信息找到您当地的 APS 办公室: <https://ocfs.ny.gov/programs/adult-svcs/contact.php#local-aps>。

请将已完成的调查问卷返回至:

**The Master Plan for Aging Team
New York State Department of Health
Office of Aging and Long Term Care
875 Central Avenue
Albany, NY 12206**