NEW YORK STATE | Master Plan for Aging

الخطة الرئيسية لكبار السن
الاستبيان العام: وضع المخطط

تعمل ولاية نيويورك على وضع خطة رئيسية لكبار السن (Master Plan for Aging, MPA) ستحدد برنامجًا للاستراتيجيات لضمان أنه يمكن لجميع سكان نيويورك العيش حياة مُرضية وبصحة جيدة مع التمتع بالحرية والكرامة والاستقلال، بغض النظر عن العمر. يسعى هذا الاستبيان إلى فهم الظروف المعيشية، واحتياجات الرعاية والخدمات، ومجالات التركيز التي يود سكان نيويورك أن يتم تناولها في الخطة الرئيسية لكبار السن.

ستساعد الردود الواردة من هذا الاستبيان في تحديد الاستراتيجيات والسياسات والبرامج الجديدة أو المحسنة الموصى بها من أجل تضمينها في الخطة الرئيسية لكبار السن. ويوفر لك هذا الاستبيان الفرصة لإخبارنا بالطريقة التي من خلالها يمكن للخطة الرئيسية لكبار السن مساعدتك أنت وأسرتك بشكل أفضل.

يرجى استكمال الاستبيان في أقرب وقت ممكن ولكن في موعد لا يتجاوز 31 ديسمبر/ كانون الأول، 2023. يمكنك استكمال هذا الاستبيان نيابة عن شخص آخر مشارك. الإجابات المقدمة ستبقى مجهولة المصدر.

للحصول على المزيد من عن الخطة الرئيسية لكبار السن، يرجى زيارة الرابط www.ny.gov/mpa. يرجى إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى العنوان MPA@health.ny.gov لطرح أي أسئلة بشأن الاستبيان.

1. هل تقوم بإكمال هذا الاستبيان نيابة عن شخص آخر؟

- ☐ لا، أنا لا أقوم بإكمال هذا الاستبيان نيابة عن شخص آخر
- ☐ نعم، أنا أقوم بإكمال هذا الاستبيان نيابة عن شخص آخر (جميع الإجابات اللاحقة ستشير إلى الشخص الآخر، وليس إلى نفسي)

2. يرجى تحديد مقاطعة ولاية نيويورك التي تقيم فيها بشكل أساسي. يرجى وضع علامة أمام مقاطعة واحدة فقط.

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

3. كيف تصف منطقة إقامتك الأساسية (حدد خيارًا واحدًا)؟

- ☐ مدينة/ منطقة حضرية
- ☐ ضاحية
- ☐ منطقة ريفية

4. هل تواجه صعوبة في الوصول إلى وسائل النقل في منطقتك؟

- ☐ نعم
- ☐ لا

5. إذا أجبت بنعم عن السؤال أعلاه، فما السبب الرئيسي لعدم قدرتك على الوصول إلى وسائل النقل؟

- ☐ عدم معرفة خيارات النقل المتاحة
- ☐ عدم معرفة التكنولوجيا اللازمة للوصول إلى خيارات النقل المتاحة
- ☐ عدم وجود خيارات للنقل
- ☐ عدم وجود وسائل نقل متوافقة مع قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (Americans with Disability Act, ADA)
- ☐ عدم القدرة على التنقل في نظام النقل، بما يشمل الجداول الزمنية والطرق والمحطات.
- ☐ عدم القدرة على تحمل تكاليف وسائل النقل
- ☐ عدم القدرة على القيادة
- ☐ غير ذلك (يرجى التحديد) _____

6. هل لديك إعاقة أو قيود أو مشكلة تتعلق بالقدرة على الحركة؟

- ☐ نعم
- ☐ لا

7. إذا أجبت بنعم عن السؤال أعلاه، فهل تقول إن إعاقتك أو قيودك أو مشكلتك المتعلقة بالقدرة على الحركة تجعل التحرك والتنقل أمرًا صعبًا بالنسبة لك:

- ☐ معظم الوقت
- ☐ أحيانًا
- ☐ نادرًا

8. إذا حددت مشكلة تتعلق بالإعاقة أو القيود أو القدرة على الحركة في السؤال رقم 6، فما رأيك في مدى توفر تيسيرات الوصول لذوي الإعاقة في مجتمعك؟ بمعنى، ما مدى سهولة مغادرة المنازل والوصول إلى الخدمات والمشاركة في المجتمع بالنسبة إلى الأشخاص الذين لديهم إعاقة أو قيود أو شواغل تتعلق بالقدرة على الحركة في رأيك؟

- ☐ ميسّر الوصول إليه للغاية؛ أشعر بالاستقلالية في مجتمعي
- ☐ ميسّر الوصول إليه بدرجة معقولة؛ يمكنني القيام بمعظم الأشياء التي أحتاج إليها بمفردي
- ☐ غير ميسّر الوصول إليه؛ يمكنني القيام بمعظم الأشياء التي أحتاج إليها بمساعدة، أو أجد صعوبة في القيام بها
- ☐ غير ميسّر الوصول إليه على الإطلاق

9. هل تتعرض للتمييز (الذي قد يشمل التمييز على أساس عمرك أو قدراتك) في مجتمعك؟

- ☐ نعم
- ☐ لا

10. إذا أجبت بنعم عن السؤال رقم 9، فما وتيرة تعرضك للتمييز؟

- ☐ بشكل منتظم (على سبيل المثال، أسبوعيًا)
- ☐ بشكل معتدل (على سبيل المثال، عدة مرات في العام)
- ☐ نادرًا (حدث عدة مرات ولكن بشكل متقطع)

11. هل ترى أن ولاية نيويورك توفر الحماية الكافية من التمييز أم أن الولاية يمكنها القيام بالمزيد؟

- ☐ نعم، توجد وسائل حماية كافية
- ☐ توفر الولاية وسائل حماية جيدة ولكن يمكنها القيام بالمزيد
- ☐ لا توفر الولاية الحماية الكافية للأشخاص من التمييز

12. يرجى اختيار الخيار الذي يصف ترتيباتك المعيشية على أكمل وجه:

- ☐ أمتلك مسكنًا خاصًا
- ☐ أستأجر مسكنًا خاصًا
- ☐ أعيش مع أحد أفراد الأسرة
- ☐ أعيش في مسكن/ مجتمع مستقل لكبار السن
- ☐ أعيش في إسكان داعم/ دار للرعاية
- ☐ أعيش في دار لرعاية المسنين/ مرفق تمريض متخصص
- ☐ نوع آخر من الإعدادات السكنية (يرجى التحديد)

_____

13. هل تشكل تكلفة إقامتك الحالية عبئًا عليك؟

- ☐ نعم
- ☐ لا
- ☐ لا ينطبق

14. هل يمكنك تلبية احتياجاتك من الغذاء والتغذية؟

- ☐ نعم، يمكنني تلبية احتياجاتي
- ☐ لا، لا يمكنني تلبية احتياجاتي، ولكنني أتلقى مساعدات/ إعانات (على سبيل المثال، مساعدات من المجتمع، الكنيسة، الحكومة، الأسرة)
- ☐ لا، لا يمكنني تلبية احتياجاتي، ولا أتلقى أي مساعدات/ إعانات

15. إذا لم يكن بإمكانك تلبية احتياجاتك من الغذاء والتغذية ولا تتلقى أي مساعدات/ إعانات، فما سبب عدم حصولك على الإعانات؟

- ☐ عدم معرفة ما هو متاح
- ☐ عدم استيفاء معايير الأهلية
- ☐ عدم الرغبة في الحصول على المساعدة
- ☐ لا ينطبق

16. هل يمكنك تلبية احتياجاتك من الدواء؟

- ☐ نعم، يمكنني تلبية احتياجاتي
- ☐ لا، لا يمكنني تلبية احتياجاتي، ولكنني أتلقى مساعدات/ إعانات (على سبيل المثال، مساعدات من المجتمع، الكنيسة، الحكومة، الأسرة)
- ☐ لا، لا يمكنني تلبية احتياجاتي، ولا أتلقى أي مساعدات/ إعانات
- ☐ لا ينطبق

17. إذا لم يكن بإمكانك تلبية احتياجاتك من الدواء ولا تتلقى أي مساعدات/ إعانات، فما سبب عدم حصولك على الإعانات؟

- ☐ عدم معرفة الإعانات المتاحة
- ☐ عدم معرفة كيفية أو مكان تقديم طلب المساعدة
- ☐ عدم استيفاء معايير الأهلية
- ☐ عدم الرغبة في الحصول على المساعدة
- ☐ لا ينطبق

18. ما وضعك الوظيفي؟

- ☐ موظف(ة) بدوام كامل
- ☐ موظف(ة) بدوام جزئي
- ☐ عاطل(ة)/ باحث(ة) عن عمل
- ☐ غير قادر على العمل وأحصل على إعانات الإعاقة
- ☐ متقاعد(ة) باختياري
- ☐ متقاعد(ة) من دون اختياري (على سبيل المثال، مشكلة طبية أو إعاقة أو حادثة أو وضع أسري)
- ☐ طالب(ة)
- ☐ رب(ة) منزل

19. هل تعتزم ترك مجتمعك عند التقاعد؟

- ☐ نعم
- ☐ لا

20. إذا كانت الإجابة بنعم، فما السبب الرئيسي وراء رغبتك في التقاعد في مكان آخر؟

- ☐ أمور مالية
- ☐ الرعاية الصحية
- ☐ الطقس
- ☐ موقع الأسرة
- ☐ وضع مقدمي الرعاية
- ☐ غير ذلك (يرجى التحديد) _____

21. هل تتحدث إلى أفراد أسرتك أو أصدقائك أو أفراد مجتمعك بقدر ما ترغب في ذلك؟

- ☐ نعم
- ☐ لا

22. ما وتيرة تحدثك إلى أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو أفراد مجتمعك؟

- ☐ يوميًا
- ☐ أسبوعيًا
- ☐ شهريًا
- ☐ كل بضعة أشهر
- ☐ مرة واحدة في العام أو أكثر
- ☐ مطلقًا

23. هل بإمكانك الوصول إلى الإنترنت في منزلك؟

- ☐ نعم
- ☐ لا

24. إذا لم يكن بإمكانك الوصول إلى الإنترنت في منزلك، فلما لا؟

- ☐ عدم القدرة على تحمل تكلفة الإنترنت
- ☐ الاتصال بالإنترنت غير متوفر أو غير موثوق به في منطقتي
- ☐ عدم الرغبة في وجود إنترنت

25. هل تقضي وقتًا عادة في مساعدة الآخرين في أي من الأنشطة التالية؟ يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق.

- ☐ الأعمال المنزلية
- ☐ النقل
- ☐ التسوق، بما يشمل البقالة وأدوات النظافة والملابس وغيرها من الضروريات
- ☐ تحضير/ طبخ الوجبات
- ☐ إدارة الأمور المالية
- ☐ تحديد المواعيد
- ☐ إدارة الدواء
- ☐ الرعاية الصحية الشخصية
- ☐ استخدام التكنولوجيا و/ أو الأجهزة الإلكترونية و/ أو أجهزة الاتصال
- ☐ العناية بالحديقة/ إزالة الثلوج أو صيانة المنزل أو الإصلاحات
- ☐ رعاية الأطفال أو الحيوانات الأليفة
- ☐ المساعدة في الحفاظ على ممارساتهم الدينية أو هواياتهم أو اهتماماتهم الأخرى
- ☐ الترجمة اللغوية
- ☐ تقديم المساعدة في حالات الطوارئ
- ☐ لا أساعد الآخرين أو لا يمكنني مساعدتهم في أي من المهام المذكورة أعلاه
- ☐ غير ذلك (يرجى التحديد) _____

26. إذا كنت تساعد الآخرين في أي من المهام المحددة في السؤال رقم 25، فلمَن تقدم هذه المساعدة؟ يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق.

- ☐ أحد أفراد الأسرة
- ☐ صديق(ة)
- ☐ أحد أفراد المجتمع
- ☐ زميل(ة) عمل

27. إذا كنت تساعد الآخرين في أي من المهام المحددة في السؤال رقم 25، يرجى الإشارة إلى السبب (الأسباب) الرئيسي وراء تقديم هذه المساعدة؟ يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق.

- ☐ الشخص الذي أساعده يعاني من حالة طبية
- ☐ الشخص الذي أساعده يعاني من قيود جسدية
- ☐ الشخص الذي أساعده يعاني من اضطراب عقلي أو سلوكي أو اضطراب ناتج عن تعاطي المواد المخدرة
- ☐ الشخص الذي أساعده لا يعاني من أحد القيود المذكورة أعلاه ولكنه غارق في المهام التي يؤديها (على سبيل المثال، يحتاج إلى رعاية أطفال، أو غير قادر على فهم التكنولوجيا أو الأجهزة الإلكترونية)

28. إذا كنت تساعد الآخرين في أي من المهام المحددة في السؤال رقم 25، فلكم من الوقت تقدم المساعدة؟

- ☐ أكثر من 30 ساعة في الأسبوع في المتوسط
- ☐ ما يتراوح بين 15 و30 ساعة في الأسبوع في المتوسط
- ☐ ما يتراوح بين 7 و14 ساعة في الأسبوع في المتوسط
- ☐ أقل من 7 ساعات في الأسبوع في المتوسط

29. إذا كنت تساعد الآخرين في أي من المهام المحددة في السؤال رقم 25، فهل تحتاج إلى المساعدة للقيام بذلك؟ قد تكون هذه مساعدة مالية أو برامج أو غيرها من وسائل الدعم.

- ☐ نعم
- ☐ لا
- ☐ لا ينطبق

30. هل تتلقى مساعدة من الآخرين في أي من الأنشطة التالية؟ يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق.

- ☐ الأعمال المنزلية
- ☐ النقل
- ☐ التسوق، بما يشمل البقالة وأدوات النظافة والملابس وغيرها من الضروريات
- ☐ تحضير/ طبخ الوجبات
- ☐ إدارة أموري المالية
- ☐ تحديد المواعيد
- ☐ إدارة الدواء
- ☐ الرعاية الصحية الشخصية
- ☐ استخدام التكنولوجيا و/ أو الأجهزة الإلكترونية و/ أو أجهزة الاتصال
- ☐ العناية بالحديقة/ إزالة الثلوج أو صيانة المنزل أو الإصلاحات
- ☐ رعاية الأطفال أو الحيوانات الأليفة
- ☐ الحفاظ على الممارسات الدينية أو الهوايات أو اهتمامات الأخرى
- ☐ الترجمة اللغوية
- ☐ الاحتياجات في أثناء حالات الطوارئ
- ☐ غير ذلك (يرجى التحديد) _____
- ☐ لا ينطبق

31. إذا كنت تتلقى مساعدة من الآخرين في أي من المهام المذكورة أعلاه المحددة في السؤال رقم 30، فمَن الذي يقدم لك هذه المساعدة المنتظمة (ضع علامة على كل ما ينطبق)؟

- ☐ أحد أفراد الأسرة
- ☐ صديق(ة)
- ☐ أحد أفراد المجتمع
- ☐ زميل(ة) عمل
- ☐ موظف مدفوع الأجر

32. إذا كنت تتلقى مساعدة من الآخرين، فما فترة حصولك على هذه المساعدة بانتظام؟

- ☐ أكثر من 30 ساعة في الأسبوع في المتوسط
- ☐ ما يتراوح بين 15 و30 ساعة في الأسبوع في المتوسط
- ☐ ما يتراوح بين 7 و14 ساعة في الأسبوع في المتوسط
- ☐ أقل من 7 ساعات في الأسبوع في المتوسط

33. ما الذي تعده أكبر التحديات التي تواجهك للبقاء مستقلًا ومتمتعًا بصحة جيدة ومتصلًا بمجتمعك؟ يرجى تحديد ما يصل إلى 5 أسباب.

- ☐ لست متأكدًا بشأن الخدمات المتوفرة في مجتمعي
- ☐ لا أعرف ما الإعانات العامة التي أكون مؤهلًا لها و/ أو لا أعرف كيفية الحصول على الإعانات العامة التي أكون مؤهلًا لها (على سبيل المثال، برنامج المعونة الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)، وبرنامج معونة الطاقة المنزلية (Home Energy Assistance Program, HEAP)، وما إلى ذلك)
- ☐ لا أستوفي معايير الأهلية للحصول على الخدمات أو الإعانات
- ☐ لا يمكنني العثور على/ توظيف عاملين للخدمات التي أحتاج إليها
- ☐ الخدمات المجتمعية المتاحة لي لا تلبي احتياجاتي
- ☐ لا يمكنني تحمل تكاليف السكن
- ☐ لديَّ وصول محدود أو معدوم إلى الإنترنت أو النطاق العريض
- ☐ ليس لديَّ هاتف محمول أو جهاز لوحي أو كمبيوتر
- ☐ لا أعرف كيف أستخدم التكنولوجيا بشكل جيد
- ☐ لا يتحدث مزودو الخدمات والمتخصصون في المجتمع لغتي المفضلة و/ أو لا يفهمون ثقافتي
- ☐ لا أثق بمزودي الخدمات والمتخصصين في مجتمعي
- ☐ لا أستطيع الوصول إلى منزلي أو مجتمعي ماديًا (على سبيل المثال، عدم وجود درابزين ومنحدرات وإضاءة معززة، وعدم وجود أرصفة، وعدم وجود مواقف للسيارات، وعدم وجود مرافق/ مساحات يمكن لذوي الإعاقة الوصول إليها، وما إلى ذلك)
- ☐ أحتاج إلى معدات/ أجهزة تكيفية أو طبية، مثل سرير مستشفى أو كرسي متحرك أو مشاية أو عكاز أو كرسي مرحاض أو وسائل مساعدة سمعية أو نظارات وما إلى ذلك، ولكن ليس لديَّ أي منها
- ☐ أحتاج إلى مساعدة في القيام بالأعمال المنزلية، مثل إصلاحات المنزل وأعمال الفناء وإزالة الثلوج، ولكن ليس لديَّ أي منها
- ☐ لا يمكنني الوصول إلى المكان الذي أود الذهاب إليه (على سبيل المثال، أجد صعوبة في مغادرة المنزل بسبب صعوبة العثور على وسائل النقل)
- ☐ أعاني من قيود جسدية أو مشكلات في التنقل تجعل مغادرة منزلي أمرًا صعبًا
- ☐ الوصفات الطبية و/ أو خدمات الرعاية الصحية الخاصة بي باهظة الثمن للغاية
- ☐ أعتمد على الآخرين في اتخاذ القرارات نيابة عني
- ☐ عدم وجود تنسيق/ تواصل بين مزودي خدمات الرعاية الصحية والخدمات الإنسانية
- ☐ الناس يعاملونني بشكل مختلف بسبب عمري
- ☐ غير ذلك (يرجى التحديد) _____
- ☐ لا أعتقد أنه توجد أي تحديات للحفاظ على البقاء مستقلًا ومتمتعًا بصحة جيدة ومتصلًا بمجتمعي.

34. على حد علمك، أي من الإعانات والخدمات التالية يسهل الوصول إليها بدرجة أقل في مجتمعك لجميع أفراد المجتمع، لا سيما بالنسبة إلى كبار السن أو الأفراد ذوي الإعاقات الذهنية أو التنموية (يرجى تحديد كل ما ينطبق)؟

- ☐ العلاج الطبي
- ☐ المساعدة في الأعمال المنزلية العادية، والتسوق، وغسل الملابس، وإعداد الوجبات، وإدارة الأموال، وما إلى ذلك
- ☐ المساعدة في الاستحمام، وارتداء الملابس، والعناية الشخصية، واستخدام المرحاض، والتنقل، والإشراف على الأدوية، وما إلى ذلك
- ☐ التعديلات/ الإصلاحات المنزلية البسيطة
- ☐ المساعدة في الحصول على المساعدات والإعانات العامة
- ☐ توصيل الوجبات و/ أو المساعدة في إعداد الوجبات وتجهيزها
- ☐ منع إساءة المعاملة وتوفير خدمات التدخل (على سبيل المثال، آليات تحديد إساءة المعاملة والإبلاغ عنها والاستجابة لها)
- ☐ الخدمات والعلاج للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الصحة العقلية/ السلوكية
- ☐ الخدمات والعلاج للأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المواد المخدرة
- ☐ الخدمات والعلاج للأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية والتنموية
- ☐ الخدمات والعلاج للأشخاص المصابين بمرض الزهايمر وغيره من أمراض الخرف
- ☐ الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة
- ☐ خدمات العلاج (الوظيفي، والطبيعي، وعلاج عيوب النطق والكلام، وما إلى ذلك)
- ☐ خدمات الغسيل الكلوي
- ☐ النقل
- ☐ فرص لإقامة علاقات اجتماعية
- ☐ خدمات تنسيق الرعاية / إدارة الحالة
- ☐ الرعاية الطويلة الأجل القائمة على المرافق (على سبيل المثال، دور رعاية المسنين، ومرافق رعاية البالغين، ودور المعيشة المدعومة، والمنازل من النوع العائلي)
- ☐ الخدمات المجتمعية التي تعزز التكامل والاستقلال
- ☐ غير ذلك (يرجى التحديد) _____

35. ما أهم المجالات التي تود أن تحظى بالأولوية في الخطة الرئيسية لكبار السن؟ يرجى تحديد ما يصل إلى 5 مجالات.

- ☐ الإسكان
- ☐ فرص للمشاركة مع الآخرين في المجتمع (على سبيل المثال، للتواصل الاجتماعي والاستمتاع بالهوايات/ الاهتمامات، والتطوع، والجهود المبذولة للتوعية، والتصويت، وما إلى ذلك)
- ☐ اضطرابات الصحة العقلية/ السلوكية
- ☐ الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المواد المخدرة
- ☐ الإعاقات الفكرية والتنموية
- ☐ مرض الزهايمر وغيره من أمراض الخرف
- ☐ منع إساءة المعاملة وتوفير خدمات التدخل (بما يشمل الاستغلال المالي والإساءة الجسدية والجنسية والعاطفية واللفظية والإهمال)

(يُتبع في الصفحة التالية)

- ☐ التكنولوجيا والأمن التكنولوجي
- ☐ النقل
- ☐ الخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل القائمة على المرافق
- ☐ توسيع خيارات الخدمات المجتمعية
- ☐ خدمات تنسيق الرعاية / إدارة الحالة
- ☐ توظيف القوى العاملة والاحتفاظ بها، بما يشمل مقدمي الرعاية والمتخصصين الذين يحصلون على أجور ويقدمون المساعدة للأشخاص في منازلهم (على سبيل المثال، مساعدو الصحة المنزلية و/ أو مساعدو الرعاية الشخصية و/ أو الموظفون في المرافق والبرامج وما إلى ذلك و/ أو الأسرة أو الأصدقاء الذين يتم الدفع لهم من خلال الخدمات الموجهة ذاتيًا)
- ☐ الدعم والإعانات لأفراد الأسرة والأصدقاء والجيران وغيرهم من مقدمي الرعاية الذين لا يحصلون على أجور ويساعدون الأشخاص في أنشطتهم الحياتية اليومية
- ☐ توصيل الوجبات و/ أو المساعدة في إعداد الوجبات وتجهيزها
- ☐ توسيع معايير الأهلية للحصول على المساعدة المالية والخدمات المدعومة من خلال برامج الإعانات العامة (على سبيل المثال، برنامج المعونة الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)، وبرنامج معونة الطاقة المنزلية (Home Energy Assistance Program, HEAP)، وما إلى ذلك)
- ☐ تغيّر المناخ (مثل الحرارة الشديدة والفيضانات وما إلى ذلك)
- ☐ منع ممارسة التمييز على أساس السن والتمييز ضد ذوي الإعاقة
- ☐ غير ذلك (يرجى التحديد) _____
- ☐ لا أعتقد أنه توجد أي مجالات ذات أولوية للخطة الرئيسية لكبار السن.

الخصائص الديموغرافية (اختياري)

1. ما فئتك العمرية؟

- ☐ أصغر من 18 عامًا
- ☐ بين 18 و24 عامًا
- ☐ بين 25 و35 عامًا
- ☐ بين 36 و49 عامًا
- ☐ بين 50 و64 عامًا
- ☐ بين 65 و74 عامًا
- ☐ بين 75 و84 عامًا
- ☐ 85 عامًا أو أكبر

2. ما أصلك العرقي؟

- ☐ أبيض (بما يشمل منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا)
- ☐ أسود أو أمريكي من أصل إفريقي
- ☐ من أصول إسبانية
- ☐ آسيوي
- ☐ هندي أمريكي أو من مواطني ألاسكا الأصليين
- ☐ من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرى
- ☐ عرقان أو أكثر أو أحدد عرقي بطريقة مختلفة (يرجى التحديد)

_____

3. ما توجهك الجنسي؟

- ☐ مستقيم أو من مغاير الجنس
- ☐ مثلي الجنس
- ☐ سحاقية
- ☐ ثنائي الجنس
- ☐ غير متوافق مع المعايير الجنسانية
- ☐ من متعددي الجنس
- ☐ لا جنسي
- ☐ أفضل عدم الإجابة
- ☐ غير متأكد/ متشكك/ لا أعرف
- ☐ غير مذكور (يرجى التحديد) _____

4. الهوية الجنسانية الحالية

- ☐ امرأة
- ☐ رجل
- ☐ امرأة متحولة جنسيًا
- ☐ رجل متحول جنسيًا
- ☐ غير متوافق جنسانيًا
- ☐ غير ثنائي
- ☐ الجنس الثالث
- ☐ أفضل عدم الإجابة
- ☐ غير متأكد/ متشكك/ لا أعرف
- ☐ غير مذكور (يرجى التحديد) _____

5. الجنس المحدد عند الولادة

- ☐ أنثى
- ☐ ذكر
- ☐ ثنائي الجنس
- ☐ أختار عدم الإجابة

نشكرك على خوض الاستبيان الخاص بنا، وستساعد إجاباتك في تحديد الطريقة التي من خلالها يمكن للخطة الرئيسية مساعدتك أنت وأسرتك بشكل أفضل. للحصول على معلومات حول كبار السن والخدمات ووسائل الدعم الطويلة الأجل في منطقتك، يرجى التواصل مع NY Connects عبر الرابط **www.nyconnects.ny.gov** أو الرقم **800-342-9871.**

بالإضافة إلى ذلك، فنحن نقر بأن الأسئلة المتعلقة بإساءة معاملة كبار السن والتمييز ضدهم ربما كانت تمثل تحديًا عاطفيًا. إذا كنت أنت، أو أي شخص مقرب لك، قد تعرض للإساءة أو شهد إحدى حالات إساءة معاملة كبار السن، فإنه يمكنك تقديم شكوى (من دون الكشف عن هويتك إذا رغبت في ذلك) عن طريق الاتصال بخط المساعدة المخصص لخدمات حماية البالغين (Adult Protective Services, APS) في ولاية نيويورك على الرقم **1-844-697-3505.** يمكنك أيضًا العثور على المكتب المحلي المعني بخدمات حماية البالغين (APS) في منطقتك باستخدام معلومات الاتصال المتوفرة على هذا الرابط: **https://ocfs.ny.gov/programs/adult-svcs/contact.php#local-aps**.

يرجى إعادة الاستبيان المكتمل إلى:

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