বার্ধক্যের জন্য মাস্টার প্ল্যান
সর্বজনীন সমীক্ষা: নীল নকশা তৈরি করা

NEW YORK STATE | Master Plan for Aging

নিউ ইয়র্ক স্টেট একটি বার্ধক্যের জন্য মাস্টার প্ল্যান (Master Plan for Aging, MPA) তৈরি করছে যা কৌশলগুলির একটি নীলনকশা প্রস্তুত করবে যাতে নিশ্চিত করা যায় যে বয়স নির্বিশেষে সমস্ত নিউ ইয়র্কবাসী স্বাধীনতা, মর্যাদা এবং স্বাধীনতার সাথে সুস্বাস্থ্য সহযোগে পরিপূর্ণ জীবন যাপন করতে পারেন। এই সমীক্ষাটি জীবনযাপনের অবস্থা, পরিচর্যা এবং পরিষেবার প্রয়োজনগুলি বোঝার চেষ্টা করে এবং নিউ ইয়র্কবাসীরা MPA-তে যে মনোনিবেশের ক্ষেত্রগুলির উপর নজর দিতে দেখতে চায় সেগুলি বোঝার চেষ্টা করে।

এই সমীক্ষা থেকে প্রাপ্ত উত্তরগুলি MPA-তে অন্তর্ভুক্তির জন্য সুপারিশকৃত কৌশল, নীতি এবং নতুন বা উন্নত প্রোগ্রামগুলিকে অবহিত করতে সাহায্য করবে। MPA কিভাবে আপনাকে এবং আপনার পরিবারকে সবচেয়ে ভালভাবে সেবা দিতে পারে, তা এই সমীক্ষাটি আপনাকে আমাদের বলার সুযোগ দেয়।

অনুগ্রহ করে যত তাড়াতাড়ি সম্ভব সমীক্ষাটি পূরণ করুন কিন্তু 31 ডিসেম্বর 2023-এর পরে নয়। আপনি অন্য কারোর পক্ষ থেকে তার অংশগ্রহণের সাথে এই সমীক্ষাটি পূরণ করতে পারেন। জমা দেওয়া উত্তরগুলি নামহীন হয়।

MPA সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে www.ny.gov/mpa এ যান। সমীক্ষাটি সম্পর্কে যে কোনো প্রশ্ন সহ অনুগ্রহ করে MPA@health.ny.gov এ ইমেল করুন।

1. আপনি কি অন্য কারো হয়ে এই সমীক্ষাটি পূরণ করছেন?

- ☐ না, আমি অন্য কারো জন্য এটি পূরণ করছি না
- ☐ হ্যাঁ, আমি অন্য কারো জন্য এটি পূরণ করছি (পরবর্তী সমস্ত উত্তরে অন্য ব্যক্তিকে উল্লেখ করা হবে, আমার নিজেকে নয়)

2. অনুগ্রহ করে নিউ ইয়র্ক স্টেটের সেই কাউন্টিটি বেছে নিন যেখানে আপনি প্রধানত থাকেন। অনুগ্রহ করে শুধুমাত্র একটিতে টিক দিন।

☐ 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. আপনি আপনার প্রাথমিক বাসস্থানের এলাকাকে কীভাবে বর্ণনা করবেন (একটি বেছে নিন)?

- ☐ শহর/শহুরে
- ☐ শহরতলি
- ☐ গ্রামীণ

4. আপনার এলাকায় পরিবহন ব্যবহার করতে আপনার কি অসুবিধা হয়?

- ☐ হ্যাঁ
- ☐ না

5. আপনি যদি উপরের প্রশ্নের 'হ্যাঁ' উত্তর দিয়ে থাকেন, তাহলে আপনার পরিবহন ব্যবহার করতে না পারার শীর্ষ কারণ কী?

- ☐ পরিবহনের উপলব্ধ বিকল্পগুলি সম্পর্কে সচেতনতার অভাব
- ☐ পরিবহনের উপলব্ধ বিকল্পগুলি ব্যবহার করার জন্য প্রয়োজনীয় প্রযুক্তির অভাব
- ☐ পরিবহনের বিকল্পের অভাব
- ☐ ADA (প্রতিবন্ধী আমেরিকান আইন (Americans with Disability Act)) মেনে চলে এমন পরিবহনের অভাব
- ☐ সময়সূচি, রুট এবং স্টপ সহ পরিবহন ব্যবস্থার মধ্যে দিয়ে এগনোর অক্ষমতা।
- ☐ পরিবহনের খরচ বহন করার অক্ষমতা
- ☐ গাড়ি চালাবেন না
- ☐ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____

6. আপনার কি অক্ষমতা, সীমাবদ্ধতা বা সচলতা সংক্রান্ত কোনো উদ্বেগ আছে?

- ☐ হ্যাঁ
- ☐ না

7. আপনি যদি উপরের প্রশ্নের উত্তরে 'হ্যাঁ' বলেন, তাহলে আপনি কি বলবেন যে আপনার অক্ষমতা, সীমাবদ্ধতা বা সচলতা সংক্রান্ত উদ্বেগের কারণে চলাফেরা করা কঠিন হয়:

- ☐ বেশির ভাগ সময়
- ☐ কিছু সময়
- ☐ খুব কম

8. আপনি যদি #6-এ অক্ষমতা, সীমাবদ্ধতা বা সচলতা সংক্রান্ত উদ্বেগ চিহ্নিত করেন, তাহলে আপনার কমিউনিটি কতটা অ্যাক্সেসযোগ্য বলে আপনি মনে করেন? অর্থাৎ, অক্ষমতা, সীমাবদ্ধতা বা চলাফেরার উদ্বেগযুক্ত ব্যক্তিরা কতটা সহজে তাদের বাড়ি ছেড়ে বেরিয়ে পরিষেবাগুলি ব্যবহার করতে পারেন এবং তাদের কমিউনিটির সাথে জড়িত হতে পারেন বলে আপনি মনে করেন?

- ☐ খুবই অ্যাক্সেসযোগ্য; আমি আমার কমিউনিটিতে স্বাধীন বোধ করি
- ☐ মাঝারিভাবে অ্যাক্সেসযোগ্য; আমাকে যে কাজগুলি করতে হয় তার বেশিরভাগই আমি নিজে করতে পারি
- ☐ খুব অ্যাক্সেসযোগ্য নয়; আমাকে যে কাজগুলি করতে হয় তার বেশিরভাগই আমি সহায়তা নিয়ে করতে পারি, অথবা সেগুলি করতে আমার অসুবিধা হয়
- ☐ একেবারেই অ্যাক্সেসযোগ্য নয়

9. আপনি কি আপনার কমিউনিটিতে বৈষম্যের (যার মধ্যে আপনার বয়স বা ক্ষমতার উপর ভিত্তি করে বৈষম্য অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে) শিকার হন?

- ☐ হ্যাঁ
- ☐ না

10. আপনি যদি #9-এর 'হ্যাঁ' উত্তর দেন, তাহলে আপনি কত ঘন ঘন বৈষম্যের শিকার হন?

- ☐ নিয়মিতভাবে (যেমন, সাপ্তাহিক)
- ☐ মাঝারিভাবে (যেমন, প্রতি বছরে বেশ কয়েকবার)
- ☐ মাঝেমধ্যে (অল্প কয়েকবার হয়েছে কিন্তু বিক্ষিপ্তভাবে)

11. আপনি কি মনে করেন যে NYS বৈষম্যের বিরুদ্ধে পর্যাপ্তভাবে রক্ষা করে নাকি স্টেট আরও কিছু করতে পারে?

- ☐ হ্যাঁ, পর্যাপ্ত সুরক্ষা আছে
- ☐ স্টেটের ভাল সুরক্ষা আছে কিন্তু আরও কিছু করতে পারে
- ☐ স্টেট বৈষম্য থেকে মানুষকে যথেষ্ট রক্ষা করে না

12. অনুগ্রহ করে এমন বিকল্পটি বেছে নিন যা আপনার বসবাসের ব্যবস্থাকে সবচেয়ে ভালোভাবে বর্ণনা করে:

- ☐ একটি ব্যক্তিগত বাসস্থানের মালিক
- ☐ একটি ব্যক্তিগত বাসস্থান ভাড়া নিয়েছি
- ☐ পরিবারের একজন সদস্যের সাথে বসবাস করি
- ☐ স্বাধীন সিনিয়র হাউজিং/কমিউনিটি
- ☐ সহায়ক আবাসন/সহায়তাপ্রদত্ত জীবনযাপন
- ☐ নার্সিং হোম/দক্ষ নার্সিং সুবিধা
- ☐ অন্য ধরনের আবাসিক ব্যবস্থা (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন)

_____

13. আপনার বর্তমান বাসস্থানের খরচ কি আপনার জন্য একটি বোঝা তৈরি করে?

- ☐ হ্যাঁ
- ☐ না
- ☐ প্রযোজ্য নয়

14. আপনি কি আপনার খাদ্য এবং পুষ্টির প্রয়োজনের খরচ বহন করতে পারেন?

- ☐ হ্যাঁ, আমি আমার প্রয়োজনের খরচ বহন করতে পারি
- ☐ না, আমি আমার প্রয়োজনের খরচ বহন করতে পারি না, কিন্তু আমি সহায়তা/সুবিধা পাই (যেমন, কমিউনিটি, চার্চ, সরকার, পরিবার)
- ☐ না, আমি আমার প্রয়োজনের খরচ বহন করতে পারি না এবং আমি কোনো সহায়তা/সুবিধা পাই না

15. আপনি যদি আপনার খাদ্য ও পুষ্টির প্রয়োজনের খরচ বহন করতে না পারেন এবং কোনো সহায়তা/সুবিধা না পান, সেক্ষেত্রে আপনার সুবিধা না পাওয়ার কারণ কী?

- ☐ কী কী পাওয়া যায় সে সম্পর্কে সচেতন নই
- ☐ যোগ্যতার মাপকাঠি পূরণ করি না
- ☐ কোনো সহায়তা চাই না
- ☐ প্রযোজ্য নয়

16. আপনি কি আপনার ওষুধের প্রয়োজনের খরচ বহন করতে পারেন?

- ☐ হ্যাঁ, আমি আমার প্রয়োজনের খরচ বহন করতে পারি
- ☐ না, আমি আমার প্রয়োজনের খরচ বহন করতে পারি না, কিন্তু আমি সহায়তা/সুবিধা পাই (যেমন, কমিউনিটি, চার্চ, সরকার, পরিবার)
- ☐ না, আমি আমার প্রয়োজনের খরচ বহন করতে পারি না এবং আমি কোনো সহায়তা/সুবিধা পাই না
- ☐ প্রযোজ্য নয়

17. আপনি যদি আপনার ওষুধের প্রয়োজনের খরচ বহন করতে না পারেন এবং কোনো সহায়তা/সুবিধা না পান, তাহলে আপনার সুবিধা না পাওয়ার কারণ কী?

- ☐ কী কী সুবিধা পাওয়া যায় সে সম্পর্কে সচেতন নই
- ☐ সহায়তার জন্য কিভাবে বা কোথায় আবেদন করতে হবে সে সম্পর্কে সচেতন নই
- ☐ যোগ্যতার মাপকাঠি পূরণ করি না
- ☐ কোনো সহায়তা চাই না
- ☐ প্রযোজ্য নয়

18. আপনার কর্মসংস্থানের অবস্থা কী?

- ☐ পূর্ণকালীন – নিযুক্ত
- ☐ আংশিক সময়ের জন্য – নিযুক্ত
- ☐ বেকার/কাজ খুঁজছেন
- ☐ কাজ করতে অক্ষম এবং প্রতিবন্ধী সুবিধা পাচ্ছি
- ☐ অবসরপ্রাপ্ত – নিজের ইচ্ছায়
- ☐ অবসরপ্রাপ্ত – নিজের ইচ্ছায় নয় (যেমন, চিকিৎসাগত সমস্যা, অক্ষমতা, দুর্ঘটনা বা পারিবারিক পরিস্থিতির কারণে)
- ☐ ছাত্রছাত্রী
- ☐ গৃহিনী

19. আপনি কি অবসর নেওয়ার পরে আপনার কমিউনিটি ছেড়ে যাওয়ার পরিকল্পনা করেছেন?

- ☐ হ্যাঁ
- ☐ না

20. যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আপনার অন্য কোথাও অবসর নিতে চাওয়ার প্রধান কারণ কী?

- ☐ আর্থিক বিষয়
- ☐ স্বাস্থ্যসেবা
- ☐ আবহাওয়া
- ☐ পরিবারের অবস্থান
- ☐ পরিচর্যাকারীর পরিস্থিতি
- ☐ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____

21. আপনি পরিবারের সদস্য, বন্ধু বা আপনার কমিউনিটির সদস্যদের সাথে যত ঘনঘন কথা বলতে চান, আপনি কি ততবার কথা বলেন?

- ☐ হ্যাঁ
- ☐ না

22. আপনি কত ঘন ঘন পরিবারের সদস্য, বন্ধু বা আপনার কমিউনিটির সদস্যদের সাথে কথা বলেন?

- ☐ দৈনিক
- ☐ সাপ্তাহিক
- ☐ মাসিক
- ☐ প্রতি কয়েক মাস অন্তর
- ☐ এক বছরে বা তার বেশি সময়ে একবার
- ☐ কখনও নয়

23. আপনার কি বাড়িতে ইন্টারনেট অ্যাক্সেস আছে?

- ☐ হ্যাঁ
- ☐ না

24. যদি আপনার বাড়িতে ইন্টারনেট অ্যাক্সেস না থাকে, তাহলে তার কারণ কী?

- ☐ ইন্টারনেটের খরচ বহন করতে পারি না
- ☐ আমার এলাকায় ইন্টারনেট সংযোগ উপলব্ধ নয় বা নির্ভরযোগ্য নয়
- ☐ ইন্টারনেট চাই না

25. আপনি কি প্রায়ই নিম্নলিখিত কোনো কার্যকলাপে অন্যদের সহায়তা করার জন্য সময় ব্যয় করেন? অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন।

- ☐ ঘরোয়া কাজকর্ম
- ☐ পরিবহন
- ☐ মুদিখানা, প্রসাধন সামগ্রী, পোশাক এবং অন্যান্য প্রয়োজনীয় জিনিস সহ কেনাকাটা
- ☐ খাবার তৈরি করা/রান্না করা
- ☐ তাদের আর্থিক বিষয় পরিচালনা করা
- ☐ অ্যাপয়েন্টমেন্টের সময়সূচি নির্ধারণ করা
- ☐ ওষুধ প্রয়োগ করা
- ☐ স্বাস্থ্যবিধির পরিচর্যা
- ☐ প্রযুক্তি, ইলেকট্রনিক এবং/অথবা যোগাযোগের ডিভাইসগুলি ব্যবহার করা
- ☐ লনের যত্ন/বরফ সরানো, বাড়ির রক্ষণাবেক্ষণ বা মেরামত
- ☐ শিশু বা পোষা প্রাণীর যত্ন
- ☐ তাদের ধর্মীয় অনুশীলন, শখ বা অন্যান্য আগ্রহ বজায় রাখতে সাহায্য করা
- ☐ ভাষা অনুবাদ
- ☐ জরুরি পরিস্থিতিতে সাহায্য প্রদান করা
- ☐ আমি উপরের কোনো কাজে অন্যদের সহায়তা করি না বা করতে পারি না
- ☐ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____

26. আপনি যদি প্রশ্ন #25-এ চিহ্নিত কোনো কাজে অন্যদের সহায়তা করেন, তাহলে আপনি কাকে এই সহায়তা প্রদান করেন? অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন।

- ☐ পরিবারের সদস্য
- ☐ বন্ধু
- ☐ কমিউনিটির সদস্য
- ☐ সহকর্মী

27. আপনি যদি প্রশ্ন নম্বর 25-এ চিহ্নিত কোনো কাজে অন্যদের সহায়তা করেন, তাহলে আপনি কেন এই সহায়তা প্রদান করেন তার প্রধান কারণ(গুলি) অনুগ্রহ করে নির্দেশ করুন? অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন।

- ☐ আমি যে ব্যক্তিকে সহায়তা করি তার চিকিৎসাগত সমস্যা আছে
- ☐ আমি যে ব্যক্তিকে সহায়তা করি তার শারীরিক সীমাবদ্ধতা আছে
- ☐ আমি যে ব্যক্তিকে সহায়তা করি তার একটি মানসিক, আচরণগত বা নেশাদ্রব্যের ব্যবহারজনিত ব্যাধি আছে
- ☐ আমি যে ব্যক্তিকে সহায়তা করি তার উপরোক্ত কোনো সীমাবদ্ধতা নেই তবে তাকে যে কাজ(গুলি) করতে হয় সেগুলি করতে তিনি বিহ্বল হয়ে পড়েন (যেমন, চাইল্ডকেয়ার প্রয়োজন, প্রযুক্তি বা ইলেকট্রনিক ডিভাইস সম্পর্কে বুঝতে পারেন না)

28. আপনি যদি #25-এ নির্দেশিত কোনো কাজে অন্যদের সহায়তা করেন, তাহলে আপনি কত ঘন ঘন সহায়তা প্রদান করেন?

- ☐ গড়ে প্রতি সপ্তাহে 30 ঘণ্টার বেশি
- ☐ গড়ে প্রতি সপ্তাহে 15-30 ঘণ্টা
- ☐ গড়ে প্রতি সপ্তাহে 7-14 ঘণ্টা
- ☐ গড়ে প্রতি সপ্তাহে 7 ঘণ্টার কম

29. আপনি যদি প্রশ্ন #25-এ চিহ্নিত কোনো কাজে অন্যদের সহায়তা করেন, তাহলে আপনার কি তা করতে সাহায্যের প্রয়োজন হয়? এটি আর্থিক সহায়তা, প্রোগ্রাম বা অন্যান্য সহায়তা হতে পারে।

- ☐ হ্যাঁ
- ☐ না
- ☐ প্রযোজ্য নয়

30. আপনি কি নিম্নলিখিত কোনো কার্যকলাপে অন্যদের থেকে সহায়তা পান? অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন।

- ☐ ঘরোয়া কাজকর্ম
- ☐ পরিবহন
- ☐ মুদিখানা, প্রসাধন সামগ্রী, পোশাক এবং অন্যান্য প্রয়োজনীয় জিনিস সহ কেনাকাটা
- ☐ খাবার তৈরি করা/রান্না করা
- ☐ আমার আর্থিক বিষয় পরিচালনা করা
- ☐ অ্যাপয়েন্টমেন্টের সময়সূচি নির্ধারণ করা
- ☐ ওষুধ প্রয়োগ করা
- ☐ স্বাস্থ্যবিধির পরিচর্যা
- ☐ প্রযুক্তি, ইলেকট্রনিক এবং/অথবা যোগাযোগের ডিভাইসগুলি ব্যবহার করা
- ☐ লনের যত্ন/বরফ সরানো, বাড়ির রক্ষণাবেক্ষণ বা মেরামত
- ☐ শিশু বা পোষা প্রাণীর যত্ন
- ☐ ধর্মীয় অনুশীলন, শখ বা অন্যান্য আগ্রহ বজায় রাখা
- ☐ ভাষা অনুবাদ
- ☐ জরুরি পরিস্থিতিতে প্রয়োজন হয়
- ☐ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____
- ☐ প্রযোজ্য নয়

31. আপনি যদি প্রশ্ন #30-এ চিহ্নিত উপরের যে কোনো কাজে অন্যদের থেকে সহায়তা পান, তাহলে কে আপনাকে এই নিয়মিত সহায়তা প্রদান করেন (প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন)?

- ☐ পরিবারের সদস্য
- ☐ বন্ধু
- ☐ কমিউনিটির সদস্য
- ☐ সহকর্মী
- ☐ বেতনভোগী কর্মী

32. আপনি যদি অন্যদের থেকে সহায়তা পান, তাহলে আপনি কতটা নিয়মিত এই সহায়তা পান?

- ☐ গড়ে প্রতি সপ্তাহে 30 ঘণ্টার বেশি
- ☐ গড়ে প্রতি সপ্তাহে 15-30 ঘণ্টা
- ☐ গড়ে প্রতি সপ্তাহে 7-14 ঘণ্টা
- ☐ গড়ে প্রতি সপ্তাহে 7 ঘণ্টার কম

33. আপনার কমিউনিটিতে স্বাধীন, সুস্থ এবং সংযুক্ত থাকার জন্য আপনি কোনটিকে সবচেয়ে বড় চ্যালেঞ্জ বলে মনে করেন? অনুগ্রহ করে 5 টি পর্যন্ত কারণ বেছে নিন।

- ☐ আমি নিশ্চিত নই যে আমার কমিউনিটিতে কী কী পরিষেবা পাওয়া যায়
- ☐ আমি জানি না যে আমি কোন সরকারী সুবিধাগুলির জন্য যোগ্য এবং/অথবা আমি জানি না আমি কিভাবে সরকারী সুবিধাগুলি পেতে পারি (যেমন, পরিপূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), বাড়ির শক্তি সহায়তা প্রোগ্রাম (Home Energy Assistance Program, HEAP), ইত্যাদি)
- ☐ আমি পরিষেবা বা সুবিধাগুলির জন্য যোগ্যতার মাপকাঠি পূরণ করি না
- ☐ আমার প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলির জন্য আমি কর্মী খুঁজে পাই না/নিয়োগ করতে পারছি না
- ☐ আমার কাছে উপলব্ধ কমিউনিটি পরিষেবাগুলি আমার চাহিদা পূরণ করে না
- ☐ আমি বাসস্থানের খরচ বহন করতে পারছি না
- ☐ আমার ইন্টারনেট বা ব্রডব্যান্ডে সীমিত অ্যাক্সেস আছে বা কোনও অ্যাক্সেস নেই
- ☐ আমার সেল ফোন, ট্যাবলেট বা কম্পিউটার নেই
- ☐ আমি ভালোভাবে প্রযুক্তি ব্যবহার করতে জানি না
- ☐ কমিউনিটির পরিষেবা প্রদানকারী এবং পেশাদাররা আমার পছন্দের ভাষায় কথা বলেন না এবং/অথবা আমার সংস্কৃতি বোঝেন না
- ☐ আমি আমার কমিউনিটির পরিষেবা প্রদানকারী এবং পেশাদারদের বিশ্বাস করি না
- ☐ আমার বাড়ি বা কমিউনিটি আমার কাছে শারীরিকভাবে প্রবেশসাধ্য নয় (যেমন, গ্র্যাব বার, র‍্যাম্প, উন্নত আলোর অভাব, ফুটপাত নেই, পার্কিং নেই, প্রতিবন্ধী ব্যক্তির প্রবেশসাধ্য সুবিধা/জায়গার অভাব ইত্যাদি)
- ☐ আমার অভিযোজিত বা চিকিৎসা সরঞ্জাম/ডিভাইস যেমন হাসপাতালের বিছানা, হুইলচেয়ার, ওয়াকার, ছড়ি, কমোড, হিয়ারিং এইড, চশমা ইত্যাদি প্রয়োজন, কিন্তু তা আমার কাছে নেই
- ☐ আমার বাড়ির মেরামত, উঠানের কাজ এবং বরফ অপসারণের মতো ঘরোয়া কাজকর্ম করার জন্য সাহায্য প্রয়োজন, কিন্তু আমি তা পাই না
- ☐ আমার যেখানে যাওয়ার প্রয়োজন সেখানে যেতে পারি না (যেমন, আমার বাড়ি ছেড়ে বাইরে যেতে অসুবিধা হয় কারণ পরিবহন খুঁজে পাওয়া কঠিন)
- ☐ আমার শারীরিক সীমাবদ্ধতা বা সচলতার সমস্যা আছে যা আমার বাড়ি ছেড়ে বাইরে যাওয়াকে কঠিন করে তোলে
- ☐ আমার প্রেসক্রিপশন এবং/অথবা স্বাস্থ্যসেবা খুব ব্যয়বহুল
- ☐ আমার জন্য সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আমি অন্যদের উপর নির্ভরশীল
- ☐ স্বাস্থ্যসেবা এবং মানব সেবা প্রদানকারীদের মধ্যে সমন্বয়/যোগাযোগের অভাব
- ☐ আমার বয়সের কারণে লোকেরা আমার সাথে অন্যরকম আচরণ করে
- ☐ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____
- ☐ আমি মনে করি না যে আমার কমিউনিটিতে স্বাধীন, সুস্থ এবং সংযুক্ত থাকার জন্য কোনও চ্যালেঞ্জ আছে।

34. আপনার জ্ঞানতঃ, নিম্নলিখিত সুবিধা এবং পরিষেবাগুলির মধ্যে কোনগুলি আপনার কমিউনিটিতে সমস্ত কমিউনিটির সদস্যদের জন্য, তবে বিশেষ করে প্রবীণ প্রাপ্তবয়স্ক বা বুদ্ধিবৃত্তিক বা বিকাশজনিত প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য সবচেয়ে কম অ্যাক্সেসযোগ্য (অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবগুলি বেছে নিন)?

- ☐ মেডিকাল চিকিৎসা
- ☐ সাধারণ গৃহস্থালির কাজ, কেনাকাটা, লন্ড্রি, খাবার তৈরি, অর্থ ব্যবস্থাপনা ইত্যাদিতে সহায়তা
- ☐ স্নান, পোশাক পরা, সাজসজ্জা, টয়লেটে যাওয়া, স্থানান্তর, ওষুধের তত্ত্বাবধান ইত্যাদিতে সহায়তা
- ☐ বাড়ির ছোটখাটো পরিবর্তন/মেরামত
- ☐ সরকারী সহায়তা এবং সুবিধা প্রাপ্তিতে সহায়তা
- ☐ খাবার ডেলিভারি এবং/অথবা খাবারের পরিকল্পনা ও প্রস্তুতিতে সহায়তা
- ☐ দুর্ব্যবহার প্রতিরোধ এবং হস্তক্ষেপ (যেমন, দুর্ব্যবহার সনাক্ত করা, রিপোর্ট করা এবং প্রতিক্রিয়া জানানোর প্রক্রিয়া)
- ☐ মানসিক/আচরণগত স্বাস্থ্যজনিত ব্যাধি আছে এমন ব্যক্তিদের জন্য পরিষেবা ও চিকিৎসা
- ☐ নেশাদ্রব্য ব্যবহারজনিত ব্যাধি আছে এমন ব্যক্তিদের জন্য পরিষেবা ও চিকিৎসা
- ☐ বুদ্ধিবৃত্তিক এবং বিকাশগত প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য পরিষেবা ও চিকিৎসা
- ☐ আলঝাইমার'স ডিজিজ এবং অন্যান্য ডিমেনশিয়ায় আক্রান্ত ব্যক্তিদের জন্য পরিষেবা ও চিকিৎসা
- ☐ দীর্ঘস্থায়ী রোগের স্ব-ব্যবস্থাপনা
- ☐ থেরাপি পরিষেবা (পেশাগত, শারীরিক, কথা বলা, ইত্যাদি)
- ☐ ডায়ালিসিস পরিষেবা
- ☐ পরিবহন
- ☐ সামাজিক মেলামেশার সুযোগ
- ☐ পরিচর্যার সমন্বয়/কেস ম্যানেজমেন্ট পরিষেবা
- ☐ সুবিধা-ভিত্তিক দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা (যেমন, নার্সিং হোম, প্রাপ্তবয়স্কদের পরিচর্যা সুবিধা, সহায়তাপ্রদত্ত জীবনযাপন, ফ্যামিলি-টাইপ হোম)
- ☐ কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবা যা একীকরণ এবং স্বাধীনতার প্রসার ঘটায়
- ☐ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____

35. বার্ধক্যের জন্য মাস্টার প্ল্যান-এ আপনি সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ কোন ক্ষেত্রগুলিকে অগ্রাধিকার দিতে দেখতে চান? অনুগ্রহ করে 5 টি পর্যন্ত ক্ষেত্র বেছে নিন।

- ☐ বাসস্থান
- ☐ কমিউনিটিতে অন্যদের সাথে যুক্ত হওয়ার সুযোগ (যেমন, সামাজিক মেলামেশা এবং শখ/আগ্রহ উপভোগ করা, স্বেচ্ছাসেবী, অ্যাডভোকেসির প্রচেষ্টা, ভোট ইত্যাদি)
- ☐ মানসিক/আচরণগত স্বাস্থ্য ব্যাধি
- ☐ নেশাদ্রব্য ব্যবহারজনিত ব্যাধি
- ☐ বুদ্ধিবৃত্তিক এবং বিকাশগত প্রতিবন্ধকতা
- ☐ আলঝাইমার রোগ এবং অন্যান্য ডিমেনশিয়া
- ☐ দুর্ব্যবহার প্রতিরোধ এবং হস্তক্ষেপ (আর্থিক শোষণ, শারীরিক, যৌন, মানসিক, মৌখিক দুর্ব্যবহার এবং অবহেলা সহ)

(পরের পৃষ্ঠায় অব্যাহত রয়েছে)

- ☐ প্রযুক্তি এবং প্রযুক্তিগত নিরাপত্তা
- ☐ পরিবহন
- ☐ সুবিধা-ভিত্তিক দীর্ঘমেয়াদী পরিষেবা এবং সহায়তা
- ☐ কমিউনিটি পরিষেবার বিকল্পগুলিকে প্রসারিত করা
- ☐ পরিচর্যার সমন্বয়/কেস ম্যানেজমেন্ট পরিষেবা
- ☐ কর্মীদের নিয়োগ করা এবং ধরে রাখা, যার মধ্যে বেতনভোগী পরিচর্যাকারী এবং পেশাদাররা অন্তর্ভুক্ত যারা লোকেদের তাদের বাড়িতে সহায়তা প্রদান করে (যেমন, গৃহ স্বাস্থ্য সহায়ক, ব্যক্তিগত পরিচর্যা সহায়ক, সুবিধা এবং প্রোগ্রামের কর্মী ইত্যাদি, এবং/অথবা পরিবার বা বন্ধু যাদের স্ব-নির্দেশিত পরিষেবার মাধ্যমে অর্থ প্রদান করা হয়)
- ☐ যে সকল পরিবারের সদস্য, বন্ধুবান্ধব, প্রতিবেশী এবং অন্যান্য অবৈতনিক পরিচর্যাকারীরা লোকেদের তাদের দৈনন্দিন জীবনযাত্রার কার্যকলাপে সহায়তা করে তাদের জন্য সহায়তা ও সুবিধা
- ☐ খাবার ডেলিভারি এবং/অথবা খাবারের পরিকল্পনা ও প্রস্তুতিতে সহায়তা
- ☐ সরকারী সুবিধার কর্মসূচি (যেমন, পরিপূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), বাড়ির শক্তি সহায়তা প্রোগ্রাম (Home Energy Assistance Program, HEAP) ইত্যাদির মাধ্যমে আর্থিক সহায়তা এবং ভর্তুকিযুক্ত পরিষেবাগুলির জন্য যোগ্যতার মাপকাঠি প্রসারিত করা।
- ☐ জলবায়ু পরিবর্তন (যেমন, চরম তাপ, বন্যা, ইত্যাদি)
- ☐ বয়স এবং সক্ষমতার ভিত্তিক বৈষম্য প্রতিরোধ করা
- ☐ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____
- ☐ আমি মনে করি না যে বার্ধক্যের জন্য মাস্টার প্ল্যান-এর জন্য কোনও অগ্রাধিকারের ক্ষেত্র আছে।

ডেমোগ্রাফিক্স (ঐচ্ছিক)

1. আপনার বয়স কোন শ্রেণীতে আছে?

- ☐ 18 বছরের কম
- ☐ 18-24
- ☐ 25-35
- ☐ 36-49
- ☐ 50-64
- ☐ 65-74
- ☐ 75-84
- ☐ 85 বছর বা তার বেশি

2. আপনার জাতি কী?

- ☐ শ্বেতাঙ্গ (মধ্যপ্রাচ্য এবং উত্তর আফ্রিকান সহ)
- ☐ কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান আমেরিকান
- ☐ হিস্প্যানিক
- ☐ এশিয়ান
- ☐ আমেরিকান ইন্ডিয়ান বা আলাস্কা নেটিভ
- ☐ নেটিভ হাওয়াইয়ান বা অন্যান্য প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী
- ☐ দুই বা ততোধিক জাতি বা আমি আমার জাতিকে অন্যভাবে শনাক্ত করি (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন)

_____

3. আপনার যৌন অভিমুখিতা কী?

- ☐ স্ট্রেট বা বিষমকামী
- ☐ সমকামী পুরুষ
- ☐ সমকামী নারী
- ☐ উভকামী
- ☐ কুইয়ার
- ☐ প্যানসেক্সুয়াল
- ☐ অযৌন
- ☐ উত্তর দিতে স্বাচ্ছন্দবোধ করছিনা
- ☐ নিশ্চিত নই/প্রশ্ন করছি/আমি জানি না
- ☐ তালিকাভুক্ত নয় (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____

4. বর্তমান লিঙ্গ পরিচয়

- ☐ মহিলা
- ☐ পুরুষ
- ☐ রূপান্তরকামী নারী
- ☐ রূপান্তরকামী পুরুষ
- ☐ লিঙ্গগত পরিচয় মেনে চলে না এমন
- ☐ নন বাইনারি
- ☐ লিঙ্গ X
- ☐ উত্তর দিতে স্বাচ্ছন্দবোধ করছিনা
- ☐ নিশ্চিত নই/প্রশ্ন করছি/আমি জানি না
- ☐ তালিকাভুক্ত নয় (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____

5. জন্মের সময় নির্ধারিত লিঙ্গ

- ☐ স্ত্রী
- ☐ পুং
- ☐ ইন্টারসেক্স
- ☐ উত্তর দিতে চাই না

আমাদের সমীক্ষা পূরণ করার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ; আপনার উত্তরগুলি নির্ধারণ করতে সাহায্য করবে যে বার্ধক্যের জন্য মাস্টার প্ল্যান কিভাবে আপনাকে এবং আপনার পরিবারকে সবচেয়ে ভালোভাবে সেবা দিতে পারে। আপনার এলাকায় বার্ধক্য এবং দীর্ঘমেয়াদী পরিষেবা ও সহায়তাগুলি সম্পর্কে তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে NY Connects-এর সাথে **www.nyconnects.ny.gov** বা **800-342-9871** এ যোগাযোগ করুন।

উপরন্তু, আমরা স্বীকার করি যে বয়স্কদের প্রতি দুর্ব্যবহার এবং বৈষম্য সম্পর্কিত প্রশ্নগুলি মানসিকভাবে চ্যালেঞ্জিং হতে পারে। আপনি, বা আপনার প্রিয় কেউ যদি বয়স্কদের উপরে নির্যাতনের সম্মুখীন হয়ে থাকেন বা সাক্ষী থাকেন, তাহলে আপনি **1-844-697-3505** নম্বরে New York State Adult Protective Services (নিউ ইয়র্ক স্টেট প্রাপ্তবয়স্কদের সুরক্ষা পরিষেবা) (APS)-এর হেল্পলাইনে যোগাযোগ করে একটি অভিযোগ দায়ের করতে পারেন (ইচ্ছা হলে নাম গোপন রেখে)। এছাড়াও আপনি এই লিংকে দেওয়া যোগাযোগের তথ্য ব্যবহার করে আপনার স্থানীয় APS অফিস খুঁজে পেতে পারেন: **https://ocfs.ny.gov/programs/adult-svcs/contact.php#local-aps**।

পূরণ করা সমীক্ষাগুলি অনুগ্রহ করে এখানে ফেরত পাঠান:

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