वृद्धावस्था के लिए मास्टर प्लान
सार्वजनिक सर्वे: ब्लूप्रिंट बनाना

NEW YORK STATE | Master Plan for Aging

न्यूयॉर्क राज्य वृद्धावस्था के लिए मास्टर प्लान (Master Plan for Aging, MPA) बना रहा है जो यह सुनिश्चित करने के लिए व्यूहरचनाओं की एक ब्लूप्रिंट प्रस्तुत करेगा, कि उनकी उम्र चाहे जितनी भी हो, सभी न्यूयॉर्क निवासी संतोषप्रद, स्वस्थ, स्वतंत्र, गरिमापूर्ण, आत्मनिर्भरता वाला जीवन जी सकें। यह सर्वे जीने की स्थितियों, देखभाल और सेवा की ज़रूरतों और उन मुख्य क्षेत्रों को समझने के लिए है, जिन्हें न्यूयॉर्क निवासी MPA में सबोधित हुआ देखना चाहेंगे।

इस सर्वे से प्राप्त उत्तर अनुशंसित रणनीतियों, नीतियों और MPA में शामिलिगरी के लिए नये या बेहतर प्रोग्रामों को सूचित करेंगे। यह सर्वे आपको हमें यह बताने का अवसर देता है कि MPA किस तरह से आपकी और आपके परिवार की श्रेष्ठ सेवा कर सकता है।

कृपया सर्वे को यथाशीघ्र पूरा करें, लेकिन यह 31 दिसम्बर 2023 से पहले करना होगा। आप उनकी सहभागिता के साथ, किसी और की तरफ से यह सर्वे पूरा कर सकते हैं। जमा किए गए उत्तर अनाम हैं।

MPA के बारे में और जानकारी के लिए कृपया www.ny.gov/mpa पर जाएं। सर्वे के बारे में किन्हीं भी प्रश्नों के लिए कृपया MPA@health.ny.gov पर ईमेल भेजें।

1. क्या आप यह सर्वे किसी और की तरफ से पूरा कर रहे/रही हैं?

- ☐ नहीं, मैं यह सर्वे किसी और के लिए पूरा नहीं कर रहा/रही हूँ
- ☐ हाँ, मैं किसी और के लिए यह सर्वे पूरा कर रहा/रही हूँ (इसके बाद के सभी उत्तर उस अन्य व्यक्ति के संदर्भ में होंगे, मेरे नहीं)

2. कृपया न्यूयॉर्क राज्य की वह काउंटी चुनें जहाँ आप मुख्यतः रहते/रहती हैं। कृपया केवल एक के सामने सही का निशान बनाएं।

☐ 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. आप अपने मुख्य निवास स्थान के इलाके का वर्णन कैसे करेंगे/करेंगी (एक चुनें)?

- ☐ शहर/शहरी
- ☐ उपनगरीय/सबर्ब
- ☐ ग्रामीण

4. क्या आपको अपने इलाके में परिवहन तक पहुँच बनाने में मुश्किल होती है?

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं

5. अगर आपने उपरोक्त प्रश्न का उत्तर हाँ में दिया, तो आप परिवहन तक पहुँच नहीं बना सकते/सकती हैं उसका मुख्य कारण क्या है?

- ☐ उपलब्ध परिवहन विकल्पों के बारे में जानकारी की कमी
- ☐ उपलब्ध परिवहन विकल्पों तक पहुँच बनाने के लिए ज़रूरी टेक्नोलॉजी की कमी
- ☐ परिवहन के विकल्पों की कमी
- ☐ ADA (अमेरिकन्स विद डिसेबिलिटीज़ – अक्षमता वाले अमरिकी) के अनुपालन में हो ऐसे परिवहन की कमी
- ☐ समयसारणी, रूट और स्टॉप सहित परिवहन प्रणाली का उपयोग कर पाने में अक्षमता।
- ☐ परिवहन का खर्च उठा पाने में अक्षमता
- ☐ मैं वाहन नहीं चलाता/चलाती हूँ
- ☐ अन्य (कृपया बताएं) _____

6. क्या आपको कोई अक्षमता, मर्यादितता या गतिविधि संबंधी चिंता है?

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं

7. अगर आपने ऊपर वाले प्रश्न का उत्तर हाँ में दिया हो, तो क्या आप कहेंगे/कहेंगी कि आपकी अक्षमता, मर्यादितता या गतिविधि संबंधी चिंता गतविधि करना और कहीं पर आना-जाना मुश्किल बनाती है:

- ☐ ज़्यादातर वक्त
- ☐ कुछ वक्त
- ☐ मुश्किल से कभी

8. अगर आपने #6 में किसी अक्षमता, मर्यादितता या गतिविधि संबंधी चिंता की बात की है, तो आपकी राय में आपका समुदाय कितना पहुँचक्षम है? यानी कि, आपकी राय में, अक्षमता, मर्यादितता या गतिविधि संबंधी चिंताओं वाले लोग कितनी आसानी से अपने घर को छोड़ कर सेवाओं का उपयोग कर सकते हैं और समुदाय की गतिविधियों में शामिल हो सकते हैं?

- ☐ बहुत पहुँचक्षम, मैं अपने समुदाय में आत्मनिर्भर महसूस करता/करती हूँ
- ☐ मध्यम रूप से पहुँचक्षम; मुझे जो करनी होती हैं उनमें से ज़्यादातर चीज़े मैं खुद कर सकता/सकती हूँ
- ☐ बहुत पहुँचक्षम नहीं; मुझे करनी होती हैं उनमें से ज़्यादातर चीज़े में किसी की सहायता से कर सकता/सकती हूँ या उन्हें करने में मुझे मुश्किल होती है
- ☐ बिल्कुल भी पहुँचक्षम नहीं

9. क्या आप अपने समुदाय में भेदभाव (जिसमें आपकी उम्र या क्षमताओं के आधार पर भेदभाव भी शामिल हो सकता है) का अनुभव करते/करती हैं?

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं

10. अगर आपने #9 का जवाब हाँ में दिया हो तो, आप कितना अक्सर भेदभाव का अनुभव करते/करती हैं?

- ☐ नियमित रूप से (जैसे हर हफ्ते)
- ☐ मध्यम रूप से (जैसे साल में कई बार)
- ☐ कभी-कभार (कुछ एक बार हुआ है, लेकिन कभी-कभी)

11. क्या आपको लगता है कि NYS भेदभाव के खिलाफ पर्याप्त सुरक्षा करता है, या राज्य कुछ और कर सकता है?

- ☐ हाँ, पर्याप्त संरक्षण मौजूद हैं
- ☐ राज्य के संरक्षण अच्छे हैं, लेकिन और कर सकता है
- ☐ राज्य लोगों को भेदभाव से जो सुरक्षा देता है वह अपर्याप्त है

12. कृपया वह विकल्प चुनें जो आपकी रहने की व्यवस्था का सबसे अच्छा वर्णन करता है:

- ☐ मेरा खुद का निजी निवास है
- ☐ निजी निवास मैंने किराये पर लिया है
- ☐ परिवार के किसी सदस्य के साथ रहता/रहती हूँ
- ☐ स्वतंत्र वरिष्ठ नागरिक हाउसिंग/समुदाय
- ☐ सपोर्टिव हाउसिंग/आसिस्टेड लिविंग
- ☐ नर्सिंग होम/कुशल नर्सिंग सुविधा
- ☐ अन्य तरह का निवासी सेटिंग (कृपया बताएं)

_____

13. क्या आपके मौजूदा निवास की लागत आपके लिए बोझ है?

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं
- ☐ लागू नहीं होता

14. क्या आप खाद्य और पोषण संबंधी अपनी ज़रूरतों को पूरा करने का खर्च उठा सकते/सकती हैं?

- ☐ हाँ, मैं अपनी ज़रूरतों को पूरा करने का खर्च उठा सकता/सकती हूँ
- ☐ नहीं, मैं अपनी ज़रूरतों को पूरा करने का खर्च उठा नहीं सकता/सकती हूँ, लेकिन मुझे सहायता/बेनिफिट्स मिलते हैं (जैसे समुदाय से, चर्च से, सरकार से, परिवार से)
- ☐ नहीं, मैं अपनी ज़रूरतों को पूरा करने का खर्च नहीं उठा सकता/सकती हूँ और मुझे कोई सहायता/बेनिफिट्स नहीं मिलते हैं

15. अगर आप अपनी खाद्य और पोषण संबंधी ज़रूरतों को पूरा करने का खर्च नहीं उठा सकते/सकतीं और आपको कोई सहायता/बेनिफिट्स नहीं मिलते हैं, तो आपको बेनिफिट्स नहीं मिलने के क्या कारण हैं?

- ☐ क्या उपलब्ध है उसके बारे में जानकारी नहीं है
- ☐ पात्रता संबंधी मानदंड पूरे नहीं करता/करती हूँ
- ☐ सहायता नहीं चाहिए
- ☐ लागू नहीं होता

16. क्या आप अपनी दवाइयों संबंधी ज़रूरतों को पूरा करने का खर्च उठा सकते/सकती हैं?

- ☐ हाँ, मैं अपनी ज़रूरतों को पूरा करने का खर्च उठा सकता/सकती हूँ
- ☐ नहीं, मैं अपनी ज़रूरतों को पूरा करने का खर्च उठा नहीं सकता/सकती हूँ, लेकिन मुझे सहायता/बेनिफिट्स मिलते हैं (जैसे समुदाय से, चर्च से, सरकार से, परिवार से)
- ☐ नहीं, मैं अपनी ज़रूरतों को पूरा करने का खर्च नहीं उठा सकता/सकती हूँ और मुझे कोई सहायता/बेनिफिट्स नहीं मिलते हैं
- ☐ लागू नहीं होता

17. अगर आप अपनी दवाइयों संबंधी ज़रूरतों को पूरा करने का खर्च नहीं उठा सकते/सकती हैं और आपको कोई सहायता/बेनिफिट्स नहीं मिलते हैं, तो आपको बेनिफिट्स नहीं मिलने के क्या कराण हैं?

- ☐ कौनसे बेनिफिट्स उपलब्ध है उसके बारे में जानकारी नहीं है
- ☐ सहायता के लिए कैसे या कहाँ आवेदन करना है उसके बारे में जानकारी नहीं है
- ☐ पात्रता संबंधी मानदंड पूरे नहीं करता/करती हूँ
- ☐ सहायता नहीं चाहिए
- ☐ लागू नहीं होता

18. आपकी रोज़गार संबंधी स्थिति क्या है?

- ☐ काम करते/करती हैं – फुल टाइम
- ☐ काम करते/करती हैं – पार्ट टाइम
- ☐ बेरोज़गार/काम खोज रहे/रही हैं
- ☐ काम करने में अक्षम और अक्षमता बेनिफिट्स प्राप्त कर रहे/रही हैं
- ☐ सेवानिवृत्त – अपनी मरज़ी से
- ☐ सेवा निवृत्त – अपनी मरज़ी से नहीं (जैसे चिकित्सा संबंधी समस्या, अक्षमता, दुर्घटना या पारिवारिक स्थिति)
- ☐ विद्यार्थी
- ☐ गृहिणी/घर पर रहने वाले गृहस्थ

19. जब आप सेवा निवृत्त हो जाएं, तब क्या आपकी अपना समुदाय छोड़ने की योजना है?

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं

20. अगर हाँ, तो सेवानिवृत्ति का समय कहीं और बिताने की इच्छा का आपका मुख्य कारण क्या है?

- ☐ आर्थिक स्थिति
- ☐ स्वास्थ्य सेवा
- ☐ मौसम
- ☐ परिवार का स्थान
- ☐ देखभाल करने वाले की स्थिति
- ☐ अन्य (कृपया बताएं) _____

21. क्या आप चाहें उतनी बार दोस्तों, रिश्तेदारों या अपने समुदाय के सदस्यों से बात करते/करती हैं?

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं

22. आप कितनी बार दोस्तों, रिश्तेदारों या अपने समुदाय के सदस्यों से बात करते/करती हैं?

- ☐ हर रोज़
- ☐ हर हफ्ते
- ☐ हर महीने
- ☐ हर कुछ महीनों में
- ☐ साल में एक बार या उससे कम
- ☐ कभी नहीं

23. क्या आपके पास घर पर इंटरनेट ऐक्सेस है?

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं

24. अगर आपके पास घर पर इंटरनेट ऐक्सेस नहीं है, तो यह क्यों नहीं है?

- ☐ इंटरनेट का खर्च नहीं उठा सकता/सकती
- ☐ मेरे इलाके में इंटरनेट कनेकशन उपलब्ध नहीं है या भरोसेमंद नहीं है
- ☐ इंटरनेट नहीं चाहिए

25. क्या आप अक्सर दूसरों की इनमें से किसी गतिविधि में मदद करने में समय बिताते/बिताती हैं? कृपया लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान बनाएं।

- ☐ घर के कामकाज
- ☐ परिवहन
- ☐ किराना, टॉइलेटरीज़, कपड़े और अन्य ज़रूरतों सहित शॉपिंग
- ☐ भोजन तैयार करना/खाना पकाना
- ☐ उनके पैसों की व्यवस्था करना
- ☐ अपॉइंटमेन्ट लेना
- ☐ दवाइयाँ देना
- ☐ स्वच्छता देखभाल
- ☐ टेक्नोलॉजी, इलेक्ट्रॉनिक और/या संचार साधनों का इस्तेमाल करना
- ☐ लॉन की देखभाल/बर्फ हटाना, घर का रखरखाव या मरम्मत
- ☐ बच्चे या पालतू जानवर की देखभाल
- ☐ उनके धार्मिक रीति-रिवाज़ों, शौक या अन्य रुचियों को बनाए रखने में मदद करना
- ☐ अनुवाद
- ☐ आपात् स्थिति में मदद करना
- ☐ मैं दूसरों की उपरोक्त कार्यों में मदद नहीं करता/करती या कर सकता/सकती
- ☐ अन्य (कृपया बताएं) _____

26. अगर आप प्रश्न #25 में बताए गए कार्यों में से किसी में भी दूसरों की मदद करते/करती हैं, तो आप यह किसकी मदद करते/करती हैं? कृपया लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान बनाएं।

- ☐ परिवार के सदस्य
- ☐ दोस्त
- ☐ समुदाय के सदस्य
- ☐ सहकर्मी

27. अगर आप प्रश्न #25 में बताए गए कार्यों में से किसी में भी दूसरों की मदद करते/करती हैं, तो आप यह मदद क्यों करते/करती हैं उसका (उसके) मुख्य कारण बताएं? कृपया लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान बनाएं।

- ☐ मैं जिसकी मदद करता/करती हूँ उस व्यक्ति को कोई चिकित्सीय स्थिति है
- ☐ मैं जिसकी मदद करता/करती हूँ उस व्यक्ति की कोई शारीरिक मर्यादा है
- ☐ मैं जिसकी मदद करता/करती हूँ उस व्यक्ति को मानसिक, व्यवहार संबंधी या नशीले पदार्थों के उपयोग संबंधी रोग है
- ☐ मैं जिसकी मदद करता/करती हूँ उस व्यक्ति को उपरोक्त मर्यादाएं नहीं है, लेकिन वह उनके पास है उस काम की मात्रा से बौखला गए/गई हैं (जैसे उन्हें बच्चों की देखभाल की ज़रूरत है, टेक्नोलॉजी या इलेक्ट्रॉनिक डिवाइस को समझने में अक्षम है)

28. अगर आप प्रश्न #25 में बताए गए कार्यों में से किसी में भी दूसरों की मदद करते/करती हैं, तो आप यह मदद कितनी बार करते/करती हैं?

- ☐ औसतन, हफ्ते में 30 घंटे से ज़्यादा
- ☐ औसतन हफ्ते में 15-30 घंटे
- ☐ औसतन हफ्ते में 7-14 घंटे
- ☐ औसतन हफ्ते में 7 घंटे से कम

29. अगर आप प्रश्न #25 में बताए गए कार्यों में से किसी में भी दूसरों की मदद करते/करती हैं, तो क्या आपको ऐसा करने में मदद की ज़रूरत पड़ती है? यह आर्थिक मदद हो सकती है, प्रोग्राम या अन्य सहायता हो सकती है।

- ☐ हाँ
- ☐ नहीं
- ☐ लागू नहीं होता

30. क्या आपको इनमें से किसी गतिविधि के लिए दूसरों से मदद मिलती है? कृपया लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान बनाएं।

- ☐ घर के कामकाज
- ☐ परिवहन
- ☐ किराना, टॉइलेटरीज़, कपड़े और अन्य ज़रूरतों सहित शॉपिंग
- ☐ भोजन तैयार करना/खाना पकाना
- ☐ मेरे पैसों का प्रबंधन करना
- ☐ अपॉइंटमेन्ट लेना
- ☐ दवाइयाँ देना
- ☐ स्वच्छता देखभाल
- ☐ टेक्नोलॉजी, इलेक्ट्रॉनिक और/या संचार साधनों का इस्तेमाल करना
- ☐ लॉन की देखभाल/बर्फ हटाना, घर का रखरखाव या मरम्मत
- ☐ बच्चे या पालतू जानवर की देखभाल
- ☐ धार्मिक रीति-रिवाज़ों, शौक या अन्य रुचियों को बनाए रखने में मदद करना
- ☐ अनुवाद
- ☐ आपात् स्थिति के दौरान ज़रूरतें
- ☐ अन्य (कृपया बताएं) _____
- ☐ लागू नहीं होता

31. अगर आपको ऊपर प्रश्न #30 में वर्णित किसी भी कार्य में दूसरों से मदद मिलती है, तो आपकी यह नियमित मदद कौन करता है (लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान बनाएं)?

- ☐ परिवार के सदस्य
- ☐ दोस्त
- ☐ समुदाय के सदस्य
- ☐ सहकर्मी
- ☐ सवेतन कर्मचारी

32. अगर आपको दूसरों से मदद मिलती है, तो आपको यह मदद कितनी नियमित रूप से मिलती है?

- ☐ औसतन, हफ्ते में 30 घंटे से ज़्यादा
- ☐ औसतन हफ्ते में 15-30 घंटे
- ☐ औसतन हफ्ते में 7-14 घंटे
- ☐ औसतन हफ्ते में 7 घंटे से कम

33. अपने समुदाय में स्वतंत्र, स्वस्थ और जुड़ा हुआ रहने में आप किन्हें सब से बड़ी चुनौतियाँ मानते/मानती हैं? कृपया 5 तक कारण चुनें।

- ☐ मुझे ठीक से नहीं पता है कि मेरे समुदाय में कौनसी सेवाएं उपलब्ध हैं
- ☐ मुझे नहीं पता कि मैं कौनसे सार्वजनिक बेनिफिट्स के लिए पात्र हूँ और/या मुझे नहीं पता कि मैं जिनके लिए पात्र हूँ (जैसे सप्लीमेन्टल न्यूट्रिशन आसिस्टंस प्रोग्राम, (SNAP), होम एनर्जी आसिस्टंस प्रोग्राम (HEAP), आदि) वे बेनिफिट्स कैसे प्राप्त किए जाते हैं
- ☐ मैं सेवाओं या बेनिफिट्स के पात्रता संबंधी मानदंडों को पूरा नहीं करता/करती हूँ
- ☐ मुझे जिन सेवाओं की ज़रूरत है उसके लिए मुझे कर्मचारी मिल नहीं रहे/मैं उन्हें रख नहीं पा रहा/रही हूँ
- ☐ मेरे लिए उपलब्ध सामुदायिक सेवाएं मेरी ज़रूरतों को पूरा नहीं करती हैं
- ☐ मैं हाउसिंग का खर्च नहीं उठा सकता/सकती
- ☐ मेरे पास इंटरनेट या ब्रॉडबैंड तक सीमित पहुँच है
- ☐ मेरे पास सेल फ़ोन, टैबलेट या कंप्यूटर नहीं है
- ☐ मुझे अच्छी तरह से टेक्नोलॉजी का उपयोग करना नहीं आता है
- ☐ समुदाय में जो प्रदाता और पेशेवर हैं वे मेरी पसंदीदा भाषा नहीं बोलते और/या मेरी संस्कृति को नहीं समझते हैं
- ☐ मुझे अपने समुदाय में जो प्रदाता और पेशेवर हैं उन पर भरोसा नहीं है
- ☐ मेरा घर या समुदाय शारीरिक रूप से मेरे लिए पहुँचक्षम नहीं हैं (जैसे ग्रैब बार, रैम्प, उन्नत लाइटिंग की कमी, फूटपाथ नहीं, पार्किंग नहीं, हैंडिकैप ऐक्सेसिबल सुविधाओं/जगहों की कमी, आदि)
- ☐ मुझे अनुकूलनक्षम या चिकित्सीय उपकरण/डिवाइसिस जैसे अस्पताल का बेड, व्हीलचेयर, वॉकर, छड़ी, कमोड, हियरिंग एइड, चश्मा आदि की ज़रूरत है, लेकिन मेरे पास ये नहीं हैं
- ☐ मुझे घर में मरम्मत, यार्ड का काम और बर्फ़ हटाने जैसे कामों में मदद की ज़रूरत है लेकिन मेरे पास ये नहीं हैं
- ☐ मुझे जहाँ जाना होता है, मैं नहीं जा पाता/पाती हूँ (जैसे कि मुझे घर से बाहर जाने में मुश्किल होती है, क्योंकि परिवहन खोजना मुश्किल है)
- ☐ मेरी शारीरिक मर्यादाएं या गतिशीलता संबंधी समस्याएं हैं जो मेरे लिए घर से निकलना मुश्किल बना देती हैं
- ☐ मेरे प्रिस्क्रिप्शन और/या स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं बहुत महँगे हैं
- ☐ निर्णय लेने के लिए मैं दूसरों पर निर्भर हूँ
- ☐ स्वास्थ्य सेवा और मानव सेवा प्रदाताओं के बीच संयोजन/संचार की कमी
- ☐ लोग मेरी उम्र के कारण मुझ से अलग व्यवहार करते हैं
- ☐ अन्य (कृपया बताएं) _____
- ☐ मुझे नहीं लगता कि मेरे समुदाय में स्वतंत्र, स्वस्थ और जुड़ा हुआ रहने में कोई समस्याएं हैं।

34. आपकी जानकारी में इन बेनिफिट्स और सेवाओं में से कौन से आपके समुदाय में समुदाय के सभी सदस्यों के लिए सब से कम पहुँचक्षम हैं, और यह विशेष रूप से वरिष्ठ नागरिकों या बौद्धिक या विकास संबंधी अक्षमताओं वाले लोगों के लिए और भी मुश्किल है (कृपया लागू होने वाले सभी चुनें)?

- ☐ चिकित्सा उपचार
- ☐ सामान्य घरेलु काम, शॉपिंग, लॉन्ड्री, खाना तैयार करना, पैसों का प्रबंधन आदि में सहायता
- ☐ नहाने, कपड़े पहनने, तैयार होने, शौचालय का उपयोग करने, कुर्सी / बिस्तर में से उठने बैठने, दवाइयों की देखरेख आदि में सहायता
- ☐ घर में छोटेमोटे परिवर्तन/मरम्मत
- ☐ सार्वजनिक सहायता और बेनिफिट्स पाने में मदद
- ☐ भोजन की डिलीवरी और/या भोजन की योजना बनाने और बनाने में मदद
- ☐ दुर्व्यवहार की रोकथाम और हस्तक्षेप (जैसे दुर्व्यवहार की पहचान करने, रिपोर्ट करने और उसकी प्रतिक्रिया देने के मैकेनिज़्म)
- ☐ मानसिक / व्यवहार संबंधी स्वास्थ्य से जुड़े रोगों वाले लोगों के लिए सेवाएं और उपचार
- ☐ नशीले पदार्थों का उपयोग करने वाले लोगों के लिए सेवाएं और उपचार
- ☐ बौद्धिक और विकास संबंधी अक्षमताओं वाले लोगों के लिए सेवाएं और उपचार
- ☐ अल्ज़ाइमर्स रोग और अन्य डिमेन्शिया वाले लोगों के लिए सेवाएं और उपचार
- ☐ चिरकालिक रोगों का स्वयं प्रबंधन
- ☐ थेरेपी सेवाएं (ऑक्युपेशनल, फिज़िकल, स्पीच, आदि)
- ☐ डायलिसिस सेवाएं
- ☐ परिवहन
- ☐ मेलजोल के अवसर
- ☐ सेवा संयोजन/देखभाल प्रबंधन सेवाएं
- ☐ फैसिलिटी आधारित चिरकालिक देखभाल (जैसे नर्सिंग होम, एडल्ट केयर होम, असिस्टेड लिविंग, फैमिली-टाइप होम)
- ☐ समुदाय आधारित सेवाएं जो समेकन और स्वतंत्रता को प्रोत्साहन दें
- ☐ अन्य (कृपया बताएं) _____

35. वृद्धावस्था के लिए मास्टर प्लान में आप कौन से मुख्य क्षेत्रों को प्राथमिकता दी हुई देखना चाहेंगे/चाहेंगी? कृपया 5 तक क्षेत्र चुनें।

- ☐ हाउसिंग
- ☐ समुदाय में दूसरों के साथ शामिल होने के अवसर (जैसे कि मिलने जुलने और शौक/रुचियों का मज़ा लेने, स्वयंसेवक बनने, एडवोकसी प्रयास, मतदान, आदि)
- ☐ मानसिक/व्यवहार संबंधी स्वास्थ्य के रोग
- ☐ नशीले पदार्थों का दुरुपयोग
- ☐ बौद्धिक और विकास संबंधी अक्षमताएं
- ☐ अल्ज़ाइमर्स रोग और अन्य डिमेन्शिया
- ☐ दुर्व्यवहार की रोकथाम और हस्तक्षेप (जिसमें आर्थिक शोषण, शारीरिक, यौन, भावनात्मक, शाब्दिक दुर्व्यवहार और लापरवाही शामिल हैं)

(अगले पृष्ठ पर जारी)

- ☐ टेक्नोलॉजी और टेक्नोलॉजिकल सुरक्षा
- ☐ परिवहन
- ☐ फैसिलिटी आधारित चिरकालिक सेवाएं और सहायता
- ☐ सामुदायिक सेवा विकल्पों को विस्तारित करना
- ☐ सेवा संयोजन/देखभाल प्रबंधन सेवाएं
- ☐ सवेतन देखभाल करने वालों और लोगों की अपने घर में सहायता करने वाले पेशेवरों (जैसे होम हेल्थ एइड, पर्सनल केयर एइड, फैसिलिटियों और प्रोग्रामों के कर्मकर्मचारी आदि, और/या स्व-निर्देशित सेवाओं द्वारा भुगतान किए जाने वाले परिवार के सदस्य या दोस्त) सहित कार्यबल की भरती और अवधारण
- ☐ लोगों कि रोज़मर्रा के जीवन की गतिविधियों में मदद करने वाले परिवार के सदस्यों, दोस्तों, पड़ोसियों और अन्य निःशुल्क देखभाल करने वालों के लिए सहायता और बेनिफिट्स
- ☐ भोजन की डिलीवरी और/या भोजन की योजना बनाने और बनाने में मदद
- ☐ सार्वजनिक बेनिफिट प्रोग्रामों के माध्यम से वित्तीय सहायता और सब्सिडी वाली सेवाओं के लिए पात्रता मानदंडों को विस्तारित करना (जैसे पूरक पोषण सहाय कार्यक्रम (SNAP), घर में ऊर्जा सहायता कार्यक्रम (HEAP), आदि)।
- ☐ जलवायु परिवर्तन (जैसे तीव्र गरमी, बाढ़, आदि)
- ☐ वृद्धों और अक्षम व्यक्तियों के प्रति अनुचित व्यवहार को रोकना
- ☐ अन्य (कृपया बताएं) _____
- ☐ मुझे नहीं लगता कि वृद्धावस्था के लिए मास्टर प्लान के लिए कोई प्राथमिकता वाले क्षेत्र हैं।

जनसाँख्यिकीय जानकारी (वैकल्पिक)

1. आपकी उम्र किस रेंज में आती है?

- ☐ 18 साल से कम
- ☐ 18 से 24 साल
- ☐ 25 से 35 साल
- ☐ 36 से 49 साल
- ☐ 50 से 64 साल
- ☐ 65 से 74 साल
- ☐ 75 से 84 साल
- ☐ 85 साल या अधिक

2. आपकी जाति क्या है?

- ☐ श्वेत (मिडल ईस्टर्न और नॉर्थ आफ्रीकन सहित)
- ☐ अश्वेत या आफ्रिकन अमेरिकन
- ☐ हिस्पैनिक
- ☐ एशियन
- ☐ अमेरिकन इंडियन या अलास्का नेटिव
- ☐ नेटिव हवाइयन या अन्य पैसिफिक आइलैंडर
- ☐ दो या अधिक जातियाँ, या मैं अपनी जाति की अन्य तरीके से पहचान करता/करती हूँ (कृपया बताएं)

_____

3. आपकी यौन पसंद क्या है?

- ☐ स्ट्रेट या हिटीरोसैक्सुअल
- ☐ गे
- ☐ लेस्बियन
- ☐ बाइसेक्सुअल
- ☐ क्वीयर
- ☐ पैनसेक्सुअल
- ☐ एसेक्सुअल
- ☐ बताना नहीं चाहेंगे/चाहेंगी
- ☐ ठीक से पता नही/जानने की कोशिश में हूँ/मुझे नहीं पता
- ☐ सूचीबद्ध नहीं (कृपया बताएं) _____

4. वर्तमान लैंगिक पहचान

- ☐ स्त्री
- ☐ पुरुष
- ☐ ट्रांसजेंडर स्त्री
- ☐ ट्रांसजेंडर पुरुष
- ☐ जेन्डर नॉनकॉन्फोर्मिंग
- ☐ नॉनबायनरी
- ☐ जेन्डर X
- ☐ बताना नहीं चाहेंगे/चाहेंगी
- ☐ ठीक से पता नही/जानने की कोशिश में हूँ/मुझे नहीं पता
- ☐ सूचीबद्ध नहीं (कृपया बताएं) _____

5. जन्म के समय निर्दिष्ट जाती

- ☐ स्त्री
- ☐ पुरुष
- ☐ इंटरसेक्स
- ☐ उत्तर नहीं देना चाहूँगा/चाहूँगी

हमारा सर्वे पूरा करने के लिए धन्यवाद; आपके उत्तर यह तय करने में मदद करेंगे कि किस तरह से वृद्धावस्था के लिए मास्टर प्लान आपकी और आपके परिवार की सबसे अच्छी तरह से सेवा कर सकता है। अपने इलाके में वृद्धावस्था और चिरकालिक सेवाओं और सहायता के बारे में जानकारी के लिए कृपया NY Connects से **www.nyconnects.ny.gov** या **800-342-9871** पर संपर्क करें।

इसके अलावा, हम स्वीकार करते हैं कि वरिष्ठ नागरिकों से दुर्व्यवहार और भेदभाव भावनात्मक दृष्टि से चुनौतीपूर्ण हो सकते है। अगर आप या आपके किसी प्रिय व्यक्तिने वृद्ध व्यक्तियों से दुर्व्यवहार का अनुभव किया है या उसे होते देखा है, तो आप न्यूयॉर्क राज्य वयस्क संरक्षण सेवाओं (New York State Adult Protective Services – APS) की हेल्पलाइन से **1-844-697-3505** पर संपर्क करके एक शिकायत (चाहें तो अनाम रूप से) दर्ज करा सकते हैं। आप इस लिंक पर प्रदान संपर्क जानकारी का उपयोग करके अपना स्थानीय APS कार्यालय भी खोज सकते हैं: **https://ocfs.ny.gov/programs/adult-svcs/contact.php#local-aps**।

कृपया पूरे किए हुए सर्वे यहाँ लौटाएं:

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