고령화에 대한 마스터 플랜
일반인 설문조사: 청사진 그리기

NEW YORK STATE | Master Plan for Aging

뉴욕주는 모든 뉴욕 주민이 연령과 상관없이 자유, 존엄성, 독립성을 가지고 건강하게 충실한 삶을 살 수 있도록 보장하기 위한 전략의 청사진을 제시하는 고령화에 대한 마스터 플랜(Master Plan for Aging, MPA)을 개발하고 있습니다. 이 설문조사는 생활 조건, 돌봄 및 서비스 필요 사항, 뉴욕 주민이 MPA에서 다루기를 바라는 중점 영역을 이해하기 위한 것입니다.

이 설문조사에서 받은 답변은 MPA에 포함할 권장 전략, 정책, 신규 또는 개선된 프로그램을 파악하는 데 도움이 될 것입니다. 이 설문조사는 MPA가 귀하와 귀하의 가족에게 가장 좋은 서비스를 제공할 수 있는 방법에 대해 의견을 제시할 기회입니다.

늦어도 2023년 12월 31일까지 가능한 한 빨리 설문조사를 완료해 주시기 바랍니다. 당사자가 참여하면 다른 사람을 대신하여 이 설문조사를 작성할 수 있습니다. 제출된 답변은 익명으로 처리됩니다.

MPA에 대한 자세한 내용은 www.ny.gov/mpa를 확인하세요. 설문조사에 대해 질문이 있으시면 MPA@health.ny.gov로 이메일을 보내주세요.

1. 다른 사람을 대신하여 이 설문조사를 작성하고 있습니까?

- ☐ 아니요, 다른 사람을 대신하여 이 설문조사를 작성하고 있지 않습니다.
- ☐ 예, 다른 사람을 대신하여 이 설문조사를 작성하고 있습니다(이후 모든 답변은 나 자신이 아니라 다른 사람을 가리킵니다).

2. 귀하가 주로 거주하는 뉴욕주 카운티를 선택하십시오. 하나만 선택하십시오.

☐ 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. 주로 거주하는 지역을 어떻게 설명하시겠습니까(하나를 선택하십시오)?

- ☐ 도시
- ☐ 교외
- ☐ 시골

4. 해당 지역에서 교통수단에 접근하는 데 어려움이 있습니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

5. 위의 질문에 '예'로 답한 경우, 교통수단에 접근할 수 없는 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ☐ 이용 가능한 교통수단 옵션에 대한 인식 부족
- ☐ 이용 가능한 교통수단 옵션에 접근하는 데 필요한 기술 부족
- ☐ 교통수단 옵션 부족
- ☐ ADA(미국 장애인법)를 준수하는 교통수단 부족
- ☐ 운행 일정, 노선, 정류장을 포함하여 교통 시스템을 탐색할 수 없음
- ☐ 교통비를 감당할 수 없음
- ☐ 운전을 하지 않음
- ☐ 기타(구체적으로 기입해 주십시오) _____

6. 장애, 제한, 이동성 문제가 있습니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

7. 위의 질문에 '예'로 답한 경우, 장애, 제한, 이동성 문제로 인해 이동하거나 돌아다니기가 얼마나 어렵다고 말씀하시겠습니까?

- ☐ 대부분의 경우
- ☐ 일부 경우
- ☐ 거의 그렇지 않음

8. 6번 질문에서 장애, 제한, 이동성 문제를 확인한 경우, 귀하의 지역사회에 얼마나 쉽게 접근할 수 있다고 생각하십니까? 다시 말해서, 장애, 제한, 이동성 문제가 있는 사람이 얼마나 쉽게 집에서 나와 서비스에 접근하고 지역사회에 참여할 수 있다고 생각하십니까?

- ☐ 매우 쉽게 접근할 수 있음, 지역사회에서 독립적이라고 느낌
- ☐ 보통 정도로 접근할 수 있음, 필요한 대부분의 일을 혼자서 할 수 있음
- ☐ 별로 쉽게 접근할 수 없음, 필요한 대부분의 일을 도움을 받아서 할 수 있거나, 이러한 일을 하는 데 어려움이 있음
- ☐ 전혀 접근할 수 없음

9. 지역사회에서 차별(연령이나 능력에 따른 차별이 포함될 수 있음)을 경험하십니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

10. 9번 질문에 '예'로 답한 경우, 얼마나 자주 차별을 경험하십니까?

- ☐ 정기적으로(예: 매주)
- ☐ 보통 정도로(예: 1년에 여러 번)
- ☐ 드물게(몇 번 안 되지만 산발적으로 발생)

11. 뉴욕주가 차별로부터 충분히 보호하고 있다고 생각하십니까 아니면 뉴욕주가 더 많이 보호할 수 있다고 생각하십니까?

- ☐ 예, 적절하게 보호하고 있습니다.
- ☐ 뉴욕주가 잘 보호하고 있지만 더 많이 보호할 수 있습니다.
- ☐ 뉴욕주가 사람들을 차별로부터 적절하게 보호하고 있지 않습니다.

12. 귀하의 주거 형태를 가장 잘 설명하는 옵션을 선택하십시오.

- ☐ 개인 주택 소유
- ☐ 개인 주택 임대
- ☐ 가족과 함께 생활
- ☐ 독립적인 노인 주거시설/지역사회
- ☐ 주거 지원/생활 보조
- ☐ 요양원/전문 요양 시설
- ☐ 기타 유형의 주거 환경(구체적으로 기입해 주십시오)

_____

13. 현재 주택 비용이 귀하에게 부담이 됩니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요
- ☐ 해당 사항 없음

14. 귀하는 음식과 영양에 대한 필요를 충족할 여유가 있습니까?

- ☐ 예, 필요를 충족할 여유가 있습니다.
- ☐ 아니요, 필요를 충족할 여유가 없지만, 도움/혜택을 받고 있습니다(예: 지역사회, 교회, 정부, 가족).
- ☐ 아니요, 필요를 충족할 여유가 없으며 도움/혜택을 받고 있지 않습니다.

15. 귀하가 음식과 영양에 대한 필요를 충족할 여유가 없고 도움/혜택을 받고 있지 않은 경우, 혜택을 받지 못하는 이유는 무엇입니까?

- ☐ 무엇을 이용할 수 있는지 알지 못함
- ☐ 자격 기준을 충족하지 않음
- ☐ 도움을 원하지 않음
- ☐ 해당 사항 없음

16. 귀하는 의약품에 대한 필요를 충족할 여유가 있습니까?

- ☐ 예, 필요를 충족할 여유가 있습니다.
- ☐ 아니요, 필요를 충족할 여유가 없지만, 도움/혜택을 받고 있습니다(예: 지역사회, 교회, 정부, 가족).
- ☐ 아니요, 필요를 충족할 여유가 없으며 도움/혜택을 받고 있지 않습니다.
- ☐ 해당 사항 없음

17. 귀하가 의약품에 대한 필요를 충족할 여유가 없고 도움/혜택을 받고 있지 않은 경우, 혜택을 받지 못하는 이유는 무엇입니까?

- ☐ 어떤 혜택을 이용할 수 있는지 알지 못함
- ☐ 어떻게 또는 어디에서 도움을 신청해야 하는지 알지 못함
- ☐ 자격 기준을 충족하지 않음
- ☐ 도움을 원하지 않음
- ☐ 해당 사항 없음

18. 귀하는 어떤 고용 상태에 있습니까?

- ☐ 고용됨 – 풀 타임
- ☐ 고용됨 – 파트 타임
- ☐ 고용되지 않음/일자리를 구하고 있음
- ☐ 일할 수 없으며 장애 혜택을 받고 있음
- ☐ 퇴직함 – 자의로 선택
- ☐ 퇴직함 – 자의로 선택하지 않음(예: 의학적 문제, 장애, 사고 또는 가족 상황)
- ☐ 학생
- ☐ 전업 주부

19. 은퇴하면 지역사회를 떠날 계획이십니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

20. '예'로 답한 경우, 다른 장소로 은퇴하고 싶은 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ☐ 재정
- ☐ 의료
- ☐ 기후
- ☐ 가족의 위치
- ☐ 간병인 상황
- ☐ 기타(구체적으로 기입해 주십시오) _____

21. 가족, 친구, 지역사회 구성원과 원하는 만큼 자주 이야기를 나누십니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

22. 가족, 친구, 지역사회 구성원과 얼마나 자주 이야기를 나누십니까?

- ☐ 매일
- ☐ 매주
- ☐ 매월
- ☐ 몇 달에 한 번
- ☐ 1년 이상에 한 번
- ☐ 전혀 안 함

23. 집에서 인터넷에 접근할 수 있습니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

24. 집에서 인터넷에 접근할 수 없는 경우, 이유는 무엇입니까?

- ☐ 인터넷 비용을 감당할 여유가 없음
- ☐ 내 지역에서 인터넷 연결을 이용할 수 없거나 안정적이지 않음
- ☐ 인터넷을 원하지 않음

25. 다음 활동 중 하나로 다른 사람을 돕는 데 자주 시간을 보내십니까?
해당하는 항목을 모두 선택하십시오.

- ☐ 집안일
- ☐ 교통
- ☐ 식료품, 세면용품, 의복, 기타 필수품을 포함한 쇼핑
- ☐ 식사 준비/요리
- ☐ 재정 관리
- ☐ 예약 일정 잡기
- ☐ 의약품 투여
- ☐ 위생 관리
- ☐ 기술, 전자 및/또는 통신 기기 활용
- ☐ 잔디 관리/눈 치우기, 주택 유지 관리 또는 수리
- ☐ 어린이 또는 반려동물 돌보기
- ☐ 종교적 활동, 취미, 기타 관심사를 유지하기 위한 도움
- ☐ 언어 번역
- ☐ 긴급 상황에서 도움 제공
- ☐ 위의 활동 중 어떤 것에 대해서도 다른 사람을 돕지 않거나 도울 수 없음
- ☐ 기타(구체적으로 기입해 주십시오) _____

26. 25번 질문에서 확인한 활동 중 하나로 다른 사람을 돕는 경우, 누구에게 이 도움을 제공합니까? 해당하는 항목을 모두 선택하십시오.

☐ 가족

☐ 친구

☐ 지역사회 구성원

☐ 동료

27. 25번 질문에서 확인한 활동 중 하나로 다른 사람을 돕는 경우, 이 도움을 제공하는 주요 이유는 무엇입니까? 해당하는 항목을 모두 선택하십시오.

☐ 내가 돕는 사람은 의학적 문제가 있습니다.

☐ 내가 돕는 사람은 신체적 제한이 있습니다.

☐ 내가 돕는 사람은 정신 장애, 행동 장애 또는 물질 남용 장애가 있습니다.

☐ 내가 돕는 사람은 위의 제한을 가지고 있지 않지만, 하고 있는 일이 벅차서 어쩔 줄 모르고 있습니다(예: 보육이 필요함, 기술이나 전자 기기를 이해할 수 없음).

28. 25번 질문에서 확인한 활동 중 하나로 다른 사람을 돕는 경우, 얼마나 자주 도움을 제공합니까?

☐ 매주 평균 30시간 초과

☐ 매주 평균 15~30시간

☐ 매주 평균 7~14시간

☐ 매주 평균 7시간 미만

29. 25번 질문에서 확인한 활동 중 하나로 다른 사람을 돕는 경우, 이렇게 하는 데 도움이 필요합니까? 이 도움은 재정적인 도움, 프로그램 또는 기타 지원일 수 있습니다.

☐ 예

☐ 아니요

☐ 해당 사항 없음

30. 다음 활동 중 하나에 대해 다른 사람의 도움을 받고 있습니까? 해당하는 항목을 모두 선택하십시오.

- ☐ 집안일
- ☐ 교통
- ☐ 식료품, 세면용품, 의복, 기타 필수품을 포함한 쇼핑
- ☐ 식사 준비/요리
- ☐ 재정 관리
- ☐ 예약 일정 잡기
- ☐ 의약품 투여
- ☐ 위생 관리
- ☐ 기술, 전자 및/또는 통신 기기 활용
- ☐ 잔디 관리/눈 치우기, 주택 유지 관리 또는 수리
- ☐ 어린이 또는 반려동물 돌보기
- ☐ 종교적 활동, 취미, 기타 관심사 유지
- ☐ 언어 번역
- ☐ 긴급 상황 중 필요 사항
- ☐ 기타(구체적으로 기입해 주십시오) _____
- ☐ 해당 사항 없음

31. 30번 질문에서 확인한 위의 활동 중 하나에 대해 다른 사람의 도움을 받는 경우, 귀하에게 이 정기적인 도움을 제공하는 사람은 누구입니까(해당하는 항목을 모두 선택하십시오)?

- ☐ 가족
- ☐ 친구
- ☐ 지역사회 구성원
- ☐ 동료
- ☐ 유급 직원

32. 다른 사람의 도움을 받고 있는 경우, 얼마나 정기적으로 이 도움을 받고 있습니까?

- ☐ 매주 평균 30시간 초과
- ☐ 매주 평균 15~30시간
- ☐ 매주 평균 7~14시간
- ☐ 매주 평균 7시간 미만

33. 지역사회에서 독립적이고 건강하며 다른 사람과 연결된 상태를 유지하는 데 가장 큰 어려움은 무엇이라고 생각하십니까? 최대 5개까지 이유를 선택하십시오.

- ☐ 지역사회에서 어떤 서비스를 이용할 수 있는지 잘 모릅니다.
- ☐ 내가 받을 자격이 있는 공공 혜택이 무엇인지 모르거나, 내가 받을 자격이 있는 공공 혜택을 어떻게 받는지 모릅니다(예: 영양 보충 지원 프로그램(SNAP), 가정 에너지 지원 프로그램(HEAP) 등).
- ☐ 서비스나 혜택의 자격 기준을 충족하지 않습니다.
- ☐ 필요한 서비스를 위한 직원을 찾거나 고용할 수 없습니다.
- ☐ 이용할 수 있는 지역사회 서비스가 내 필요를 충족하지 않습니다.
- ☐ 주택을 마련할 여유가 없습니다.
- ☐ 인터넷이나 광대역에 대한 접근이 제한되거나 접근할 수 없습니다.
- ☐ 휴대폰이나 태블릿이나 컴퓨터를 가지고 있지 않습니다.
- ☐ 기술을 잘 이용하는 방법을 모릅니다.
- ☐ 지역사회의 서비스 제공자와 전문가가 내가 선호하는 언어를 말하지 못하거나 내 문화를 이해하지 못합니다.
- ☐ 지역사회의 서비스 제공자와 전문가를 신뢰하지 않습니다.
- ☐ 내 집이나 지역사회에 물리적으로 접근할 수 없습니다(예: 가로대, 경사로, 조명 개선 부족, 보행로 없음, 주차장 없음, 장애인 접근 시설/공간 부족 등).
- ☐ 병원 침대, 휠체어, 보행기, 지팡이, 좌변기, 보청기, 안경 등과 같은 적응형 또는 의료용 장비/기기가 필요하지만 가지고 있지 않습니다.
- ☐ 주택 수리, 정원 가꾸기, 눈 치우기와 같은 집안일을 하는 데 도움이 필요하지만 도움을 받지 못하고 있습니다.
- ☐ 가야 하는 곳으로 갈 수 없습니다(예: 교통수단을 찾기가 힘들기 때문에 집에서 나가는 데 어려움이 있음).
- ☐ 집에서 나가는 것을 어렵게 만드는 신체적 제한이나 이동성 문제가 있습니다.
- ☐ 처방약 및/또는 의료 서비스가 너무 비쌉니다.
- ☐ 나를 대신하여 결정을 내리는 다른 사람에게 의존하고 있습니다.
- ☐ 의료 서비스 제공자와 인적 서비스 제공자 간의 조정/소통 부족
- ☐ 사람들이 나이 때문에 나를 다르게 대합니다.
- ☐ 기타(구체적으로 기입해 주십시오) _____
- ☐ 지역사회에서 독립적이고 건강하며 다른 사람과 연결된 상태를 유지하는 데 어려움이 있다고 생각하지 않습니다.

34. 귀하가 알고 있는 한에서, 다음 혜택과 서비스 중 지역사회에서 모든 지역사회 구성원, 특히 노인이나 지적 장애 또는 발달 장애가 있는 개인이 접근하기 가장 어려운 것은 무엇입니까(해당하는 항목을 모두 선택하십시오)?

- ☐ 의학적 치료
- ☐ 일상적인 집안일, 쇼핑, 세탁, 식사 준비, 돈 관리 등에 대한 도움
- ☐ 목욕, 옷 입기, 몸단장, 화장실 이용, 장소 이동, 의약품 투여 감독 등에 대한 도움
- ☐ 사소한 주택 변경/수리
- ☐ 공공 부조 및 혜택을 받기 위한 도움
- ☐ 식사 배달 및/또는 식사 계획 및 준비에 대한 지원
- ☐ 학대 예방 및 개입(예: 학대를 식별하여 보고하고 대응하는 메커니즘)
- ☐ 정신/행동 건강 장애가 있는 사람을 위한 서비스와 치료
- ☐ 물질 남용 장애가 있는 사람을 위한 서비스와 치료
- ☐ 지적 장애 및 발달 장애가 있는 사람을 위한 서비스와 치료
- ☐ 알츠하이머병 및 기타 치매를 앓고 있는 사람를 위한 서비스 및 치료
- ☐ 만성 질환 자가 관리
- ☐ 치료 서비스(직업, 신체, 언어 등)
- ☐ 투석 서비스
- ☐ 교통
- ☐ 사회화 기회
- ☐ 진료 조정/사례 관리 서비스
- ☐ 시설 기반 장기 요양(예: 요양원, 성인 요양 시설, 생활 보조, 가족형 주거 시설)
- ☐ 통합과 독립을 촉진하는 지역사회 기반 서비스
- ☐ 기타(구체적으로 기입해 주십시오) _____

35. 고령화에 대한 마스터 플랜에서 우선적으로 처리되었으면 하는 가장 중요한 영역은 무엇입니까? 최대 5개까지 영역을 선택하십시오.

- ☐ 주거
- ☐ 지역사회의 다른 사람들과 함께 참여할 수 있는 기회(예: 사람들을 사귀고 취미/관심사를 함께 즐기기, 자원봉사, 옹호 활동, 투표 등)
- ☐ 정신/행동 건강 장애
- ☐ 물질 남용 장애
- ☐ 지적 장애와 발달 장애
- ☐ 알츠하이머병 및 기타 치매
- ☐ 학대 예방 및 개입(재정적 착취, 신체적, 성적, 정서적, 언어적 학대, 방임 포함)

(다음 페이지에 계속)

- ☐ 기술 및 기술적 보안
- ☐ 교통
- ☐ 시설 기반 장기 서비스 및 지원
- ☐ 지역사회 서비스 옵션 확장
- ☐ 진료 조정/사례 관리 서비스
- ☐ 집에서 사람들에게 도움을 제공하는 유급 간병인과 전문가를 포함한 인력의 채용 및 유지(예: 가정 건강 보조원, 개인 간병 보조원, 시설 및 프로그램 등의 직원, 및/또는 자기 주도형 서비스를 통해 급여를 받는 가족이나 친구)
- ☐ 사람들의 일상 생활 활동을 돕는 가족, 친구, 이웃, 기타 무급 간병인에 대한 지원과 혜택
- ☐ 식사 배달 및/또는 식사 계획 및 준비에 대한 지원
- ☐ 공공 혜택 프로그램(예: 영양 보충 지원 프로그램(SNAP), 가정 에너지 지원 프로그램(HEAP) 등)을 통해 재정적인 도움 및 보조금 서비스에 대한 자격 기준 확대.
- ☐ 기후 변화(예: 폭염, 홍수 등)
- ☐ 연령 차별 및 장애인 차별 예방
- ☐ 기타(구체적으로 기입해 주십시오) _____
- ☐ 고령화에 대한 마스터 플랜에 우선 영역이 있다고 생각하지 않습니다.

인구통계 정보(선택 사항)

1. 귀하는 어떤 연령대입니까?

- ☐ 18세 미만
- ☐ 18~24세
- ☐ 25~35세
- ☐ 36~49세
- ☐ 50~64세
- ☐ 65~74세
- ☐ 75~84세
- ☐ 85세 이상

2. 귀하는 어떤 인종입니까?

- ☐ 백인(중동인 및 북아프리카인 포함)
- ☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인
- ☐ 히스패닉
- ☐ 아시아인
- ☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민
- ☐ 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 원주민
- ☐ 두 가지 이상의 인종이거나 내 인종을 다른 식으로 식별함(구체적으로 기입해 주십시오)

_____

3. 귀하의 성적 지향은 무엇입니까?

- ☐ 이성애자
- ☐ 게이
- ☐ 레즈비언
- ☐ 양성애자
- ☐ 퀴어
- ☐ 범성애자
- ☐ 무성애자
- ☐ 답변을 원하지 않음
- ☐ 확실하지 않음/의문을 가지고 있음/모름
- ☐ 목록에 없음(구체적으로 기입해 주십시오) _____

4. 현재 성 정체성

- ☐ 여성
- ☐ 남성
- ☐ 트랜스젠더 여성
- ☐ 트랜스젠더 남성
- ☐ 성별 비순응자
- ☐ 논바이너리
- ☐ 젠더 X
- ☐ 답변을 원하지 않음
- ☐ 확실하지 않음/의문을 가지고 있음/모름
- ☐ 목록에 없음(구체적으로 기입해 주십시오) _____

5. 출생 시 부여된 성별

- ☐ 여성
- ☐ 남성
- ☐ 중간성
- ☐ 응답하지 않기로 선택

설문조사에 참여해 주셔서 감사합니다. 귀하의 응답은 고령화에 대한 마스터 플랜에서 귀하와 귀하의 가족에게 가장 좋은 서비스를 제공할 수 있는 방법을 결정하는 데 도움이 될 것입니다. 해당 지역의 고령화와 장기적 서비스 및 지원에 대해 자세히 알아보려면 **www.nyconnects.ny.gov**에서 또는 **800-342-9871**로 NY Connects에 문의하세요.

또한, 우리는 노인 학대 및 차별과 관련된 질문이 감정적으로 어려웠을 수 있음을 인정합니다. 귀하 또는 귀하가 사랑하는 사람이 노인 학대를 경험했거나 목격한 경우, 뉴욕주 성인 보호 서비스(APS) 상담 전화 **1-844-697-3505**로 연락하여 불만 사항을 신고할 수 있습니다(원하는 경우 익명으로 신고). 또한 이 링크(**https://ocfs.ny.gov/programs/adult-svcs/contact.php#local-aps**)에서 제공하는 연락처 정보를 사용하여 해당 지역 APS국 지부에 문의할 수도 있습니다.

작성한 설문조사지를 다음 주소로 반송해 주시기 바랍니다.

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