वृद्धावस्थाका लागि मास्टर प्लान
सार्वजनिक सर्वेक्षण: खाका तयार गर्ने

NEW YORK STATE | Master Plan for Aging

न्यूयोर्क राज्यले जेष्ठ नागरिकका लागि मास्टर प्लान (Master Plan for Aging, MPA) तयार गर्दैछ। यसले जुनसुकै उमेर भएतापनि सबै न्यूयोर्कवासीहरूले स्वतन्त्रता, सम्मान तथा आत्मनिर्भरताका साथ राम्रो स्वास्थ्यमा भरिपूर्ण जीवन जिउन सक्छन् भनेर सुनिश्चित गर्न रणनीतिहरूको ब्लुप्रिन्ट अर्थात् खाका निर्धारण गर्ने छ। यस सर्वेक्षणले बसोबासका स्थिति, स्याहार तथा सेवाका आवश्यकताका साथै न्यूयोर्कवासीहरूले MPA मा सम्बोधन भएका देख्न चाहेका क्षेत्रहरूका बारेमा बुझ्न खोज्छ।

यस सर्वेक्षणबाट प्राप्त जवाफहरूले सिफारिस गरिएका रणनीति, नीति र MPA मा समावेश गर्नका लागि नयाँ वा सुधारिएका कार्यक्रमहरूका बारेमा सूचित गर्नमा मद्दत गर्नेछन्। यस सर्वेक्षणले MPA ले तपाईं र तपाईंको परिवारलाई सबैभन्दा राम्रोसँग कसरी सेवा प्रदान गर्न सक्छ भनेर हामीलाई बताउनका लागि तपाईंलाई अवसर उपलब्ध गराउँछ।

कृपया जतिसक्दो चाँडो तर डिसेम्बर 31, 2023 भन्दा ढिलो नहुने गरी सर्वेक्षण भर्नुहोस्। तपाईंले यस सर्वेक्षणलाई अरू कसैको तर्फबाट उहाँको सहभागिताको सम्बन्धमा भर्न सक्नुहुन्छ। बुझाइएका जवाफहरू बेनामी रहन्छन्।

MPA का बारेमा थप जानकारीका लागि कृपया www.ny.gov/mpa मा हेर्नुहोस्। सर्वेक्षणका बारेमा कुनै पनि प्रश्नहरू भएमा कृपया MPA@health.ny.gov मा इमेल गर्नुहोस्।

1. के तपाईं अरू कसैको तर्फबाट यो सर्वेक्षण भर्दै हुनुहुन्छ?

- ☐ होइन, म अरू कसैका लागि यो सर्वेक्षण भरिरहेको छैन।
- ☐ हो, म अरू कसैका लागि सर्वेक्षण भरिरहेको छु (यसपछिका सबै जवाफहरूले अर्को व्यक्तिलाई जनाउनेछन्, मलाई होइन)

2. कृपया तपाईं मुख्यत: बसोबास गर्ने न्यूयोर्क राज्यको काउन्टी छनौट गर्नुहोस्। कृपया एउटामा मात्र ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्।

☐ 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. तपाईं आफ्नो प्राथमिक आवासको क्षेत्रलाई कसरी व्याख्या गर्न चाहनुहुन्छ (एउटा छनौट गर्नुहोस्)?

- ☐ सहरी/नगरीय
- ☐ उपनगरीय
- ☐ ग्रामिण

4. के तपाईंलाई आफ्नो क्षेत्रमा यातायातमा पहुँच बनाउन समस्या हुन्छ?

- ☐ हो
- ☐ होइन

5. यदि तपाईंले माथिको प्रश्नमा "हो" जवाफ दिनुभएको थियो भने तपाईंले यातायातमा पहुँच बनाउन नसकिरहेको मुख्य कारण के हो?

- ☐ उपलब्ध यातायातका विकल्पहरूका बारेमा सचेतनाको कमी
- ☐ उपलब्ध यातायातका विकल्पहरूमा पहुँच बनाउनका लागि आवश्यक पर्ने प्रविधिको कमी
- ☐ यातायातका विकल्पहरूको कमी
- ☐ ADA (अपाङ्गता भएका अमेरिकी ऐन) पालना गर्ने यातायातको कमी
- ☐ समयतालिका, रूट र रोकिने ठाउँहरूलगायत यातायात प्रणालीमा अगाडि बढ्नमा असमर्थ
- ☐ यातायातको खर्च बेहोर्न असमर्थ
- ☐ गाडी नचलाउने
- ☐ अन्य (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) _____

6. के तपाईंमा अपाङ्गता, सीमितता वा चालसम्बन्धी समस्या छ?

- ☐ हो
- ☐ होइन

7. यदि तपाईंले माथिको प्रश्नमा "हो" जवाफ दिनुभएको थियो भने के तपाईं आफ्नो अपाङ्गता, सीमितता वा चालसम्बन्धी समस्याले तपाईंलाई यताउता जान-आउनमा कठिनाइ गराउँछ भनेर भन्न चाहनुहुन्छः

- ☐ अधिकांश समय
- ☐ केही समय
- ☐ विरलै

8. यदि तपाईंले #6 मा अपाङ्गता, सीमितता वा चालसम्बन्धी समस्या पहिचान गर्नुभयो भने तपाईंलाई आफ्नो समुदाय कत्तिको पहुँचयोग्य छ भन्ने लाग्छ? अर्थात्, तपाईंलाई अपाङ्गता, सीमितता वा चालसम्बन्धी समस्या भएका मानिसहरू कति सजिलोसँग आफ्नो घरभन्दा बाहिर निक्लेर सेवाहरूमा पहुँच बनाउन सक्छन् र आफ्नो समुदायमा संलग्न हुन सक्छन् भन्ने लाग्छ?

- ☐ एकदमै पहुँचयोग्य; म आफ्नो समुदायमा आत्मनिर्भर महसुस गर्छु
- ☐ ठिकै पहुँचयोग्य; म आफूलाई आवश्यक पर्ने अधिकांश कुराहरू आफैं गर्न सक्छु
- ☐ एकदमै पहुँचयोग्य छैन; म आफूलाई आवश्यक पर्ने अधिकांश कुराहरू सहयोगका साथ गर्न सक्छु वा मलाई तिनीहरू गर्नमा कठिनाइ हुन्छ
- ☐ पटक्कै पहुँचयोग्य छैन

9. के तपाईं आफ्नो समुदायमा भेदभावको सामना गर्नुहुन्छ (जसमा तपाईंको उमेर वा क्षमताहरूका आधारमा भेदभाव पनि पर्छ सक्छ)?

- ☐ हो
- ☐ होइन

10. यदि तपाईंलाई #9 मा "हो" जवाफ दिनुभएको थियो भने तपाईंले भेदभाव कत्तिको अनुभव गर्नुहुन्छ?

- ☐ नियमित रूपमा (उदाहरण: साप्ताहिक रूपमा)
- ☐ मध्यम रूपमा उदाहरण: वर्षमा धेरै पटक)
- ☐ कहिलेकाहीँ (कहिलेकाहीँ भएको छ तर छिटपुट रूपमा)

11. के तपाईंलाई NYS ले भेदभावको विरुद्धमा पर्याप्त मात्रामा संरक्षण गर्छ वा राज्यले अझ धेरै गर्न सक्छ भन्ने लाग्छ?

- ☐ हो, पर्याप्त संरक्षणहरू रहेका छन्
- ☐ राज्यसँग पर्याप्त संरक्षणहरू छन् तर यसले अझ धेरै गर्न सक्छ
- ☐ राज्यले भेदभावबाट मानिसहरूलाई पर्याप्त रूपमा संरक्षण गर्दैन

12. कृपया तपाईंको बसोबास व्यवस्थालाई सबैभन्दा राम्रोसँग वर्णन गर्ने विकल्प छनौट गर्नुहोस्:

- ☐ निजी आवासको स्वामित्व छ
- ☐ निजी आवास भाडामा लिनुभएको छ
- ☐ परिवारको सदस्यसँग बस्नुहुन्छ
- ☐ आत्मनिर्भर जेष्ठ नागरिक आवास/समुदाय
- ☐ सहायक आवास/सहायताप्राप्त जीवनयापन
- ☐ नर्सिङ होम/दक्ष नर्सिङ फसिलिटी
- ☐ आवासीय वातावरणको अन्य प्रकार (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्)

_____

13. के तपाईंको अहिलेको आवासको खर्चले तपाईंमाथि भार थप्छ?

- ☐ हो
- ☐ होइन
- ☐ लागू नहुने

14. के तपाईं खाद्यान्न र पोषणका लागि आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न खर्च बेहोर्न सक्नुहुन्छ?

- ☐ हो, म मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्न खर्च बेहोर्न सक्छु
- ☐ होइन, म मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्न खर्च बेहोर्न सक्दिनँ तर म सहयोग/सुविधाहरू प्राप्त गर्छु (उदाहरण: समुदाय, चर्च, सरकार, परिवार)
- ☐ होइन, म मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्न खर्च बेहोर्न सक्दिनँ र म कुनै पनि सहयोग/सुविधाहरू प्राप्त गर्दिनँ

15. यदि तपाईं आफ्ना खाद्यान्न तथा पोषणसम्बन्धी आवश्यकताहरू पूरा गर्न खर्च बेहोर्न सक्नुहुन्न र कुनै पनि सहयोग/सुविधाहरू प्राप्त गर्नुहुन्न भने तपाईंले सुविधाहरू प्राप्त नगर्नुको कारण के हो?

- ☐ के उपलब्ध छ भनेर जानकार नभएको
- ☐ योग्यतासम्बन्धी मापदण्डहरू पूरा नगर्ने
- ☐ कुनै पनि सहयोग चाहन्नँ
- ☐ लागू नहुने

16. के तपाईं आफ्ना औषधिसम्बन्धी आवश्यकताहरूको खर्च बेहोर्न सक्नुहुन्छ?

- ☐ हो, म मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्न खर्च बेहोर्न सक्छु
- ☐ होइन, म मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्न खर्च बेहोर्न सक्दिनँ तर म सहयोग/सुविधाहरू प्राप्त गर्छु (उदाहरण: समुदाय, चर्च, सरकार, परिवार)
- ☐ होइन, म मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्न खर्च बेहोर्न सक्दिनँ र म कुनै पनि सहयोग/सुविधाहरू प्राप्त गर्दिनँ
- ☐ लागू नहुने

17. यदि तपाईंले आफ्ना औषधिसम्बन्धी आवश्यकताहरू पूरा गर्न खर्च बेहोर्न सक्नुहुन्न र कुनै पनि सहयोग/सुविधाहरू प्राप्त गर्नुहुन्न भने तपाईंले सुविधाहरू प्राप्त नगर्नुको कारण के हो?

- ☐ के सुविधाहरू उपलब्ध छ भनेर जानकार नभएको
- ☐ सहयोगका लागि कसरी वा कहाँ आवेदन दिने भनेर जानकार नभएको
- ☐ योग्यतासम्बन्धी मापदण्डहरू पूरा नगर्ने
- ☐ कुनै पनि सहयोग चाहन्नँ
- ☐ लागू नहुने

18. तपाईंको रोजगारीको स्थिति के छ?

- ☐ फुल टाइम रोजगारीमा रहेको
- ☐ पार्ट टाइम रोजगारीमा रहेको
- ☐ बेरोजगार/काम खोज्दै गरेको
- ☐ काम गर्नमा असमर्थ र अपाङ्गता सुविधाहरू प्राप्त गर्दै गरेको
- ☐ सेवानिवृत – स्वनिर्णयबाट
- ☐ सेवानिवृत – स्वनिर्णयबाट होइन (उदाहरण: चिकित्सकीय समस्या, अपाङ्गता, दुर्घटना वा पारिवारिक परिस्थिति)
- ☐ विद्यार्थी
- ☐ गृहिणी

19. के तपाईंले आफू सेवानिवृत भएपछि आफ्नो समुदाय छोडेर जाने योजना बनाउनुभएको छ?

- ☐ हो
- ☐ होइन

20. यदि "हो" भने सेवानिवृत भएपछि अर्कै ठाउँमा बस्न चाहेको तपाईंको मुख्य कारण के हो?

- ☐ आर्थिक
- ☐ स्वास्थ्य सेवा
- ☐ मौसम
- ☐ परिवार बस्ने स्थान
- ☐ स्याहारकर्ताको स्थिति
- ☐ अन्य (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) _____

21. के तपाईं आफूले चाहें जति परिवारका सदस्य, साथीभाइ वा आफ्नो समुदायका सदस्यहरूसँग कुरा गर्नुहुन्छ?

- ☐ हो
- ☐ होइन

22. तपाईं परिवारका सदस्य, साथीभाइ वा आफ्नो समुदायका सदस्यहरूसँग कत्तिको कुरा गर्नुहुन्छ?

- ☐ दैनिक रूपमा
- ☐ साप्ताहिक रूपमा
- ☐ मासिक रूपमा
- ☐ हरेक केही महिनाहरूमा
- ☐ एक वर्ष वा सोभन्दा बढी समयमा एकपटक
- ☐ कहिल्यै पनि गर्दिनँ

23. के तपाईंको घरमा इन्टरनेटको पहुँच छ?

- ☐ हो
- ☐ होइन

24. यदि तपाईंको घरमा इन्टरनेटको पहुँच नभएमा किन छैन?

- ☐ इन्टरनेटको शुल्क बेहोर्न सक्दिनँ
- ☐ मेरो क्षेत्रमा इन्टरनेट कनेक्सन उपलब्ध छैन वा विश्वसनीय छैन
- ☐ इन्टरनेट चाहन्नँ

25. के तपाईं प्राय: निम्नमध्ये कुनै पनि क्रियाकलापमा अरूहरूलाई सहयोग गर्नका लागि समय दिनुहुन्छ? कृपया लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्।

- ☐ घरका कामहरू
- ☐ यातायात
- ☐ किराना सामान, सरसफाइका सामग्री, लत्ताकपडा तथा अन्य आवश्यक कुराहरू लगायतको किनमेल
- ☐ भोजनको तयारी/खाना पकाउने
- ☐ उनीहरूको वित्तको व्यवस्थापन गर्ने
- ☐ अपोइन्टमेन्टहरूको समय निर्धारण गर्ने
- ☐ औषधिहरू लिने
- ☐ स्वच्छतासम्बन्धी स्याहार
- ☐ प्रविधि, विद्युतीय र/वा सञ्चारका डिभाइसहरू प्रयोग गर्ने
- ☐ लनको स्याहार/हिउँ हटाउने, घरको रखरखाव वा मर्मतसम्भार
- ☐ बच्चा वा घरपालुवा जनावरको स्याहार
- ☐ आफ्ना धार्मिक अभ्यास, शौक वा अन्य रुचिहरू बनाइराख्नका लागि मद्दत गर्ने
- ☐ भाषाको अनुवाद
- ☐ आकस्मिक स्थितिहरूमा मद्दत उपलब्ध गराउने
- ☐ मैले माथिको कुनै पनि कार्यमा अरूहरूलाई सहयोग गर्दिनँ वा सहयोग गर्न सक्दिनँ
- ☐ अन्य (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) _____

26. यदि तपाईं प्रश्न #25 मा पहिचान गरिएको कुनै पनि कार्यहरूमा अरूहरूलाई सहयोग गर्नुहुन्छ भने तपाईंले यो सहयोग कसलाई उपलब्ध गराउनुहुन्छ? कृपया लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्।

- ☐ परिवारको सदस्य
- ☐ साथी
- ☐ समुदायको सदस्य
- ☐ सहकर्मी

27. यदि तपाईं प्रश्न #25 मा पहिचान गरिएको कुनै पनि कार्यहरूमा अरूहरूलाई सहयोग गर्नुहुन्छ भने कृपया तपाईंले यो सहयोग उपलब्ध गराउनुको मुख्य कारण(हरू) उल्लेख गर्नुहोस्? कृपया लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्।

- ☐ मैले सहयोग गर्ने व्यक्तिको चिकित्सकीय समस्या छ
- ☐ मैले सहयोग गर्ने व्यक्तिको शारीरिक सीमितता छ
- ☐ मैले सहयोग गर्ने व्यक्तिको मानसिक, व्यवहारजन्य वा लागूपदार्थ दुर्व्यसनको समस्या छ
- ☐ मैले सहयोग गर्ने व्यक्तिको माथिका सीमितताहरूमध्ये कुनै पनि छैन तर एकैपटक गर्नुपर्ने कार्य(हरू) को मात्रा एकदमै बढी छ (उदाहरण: बाल स्याहार आवश्यक पर्छ, प्रविधि वा विद्युतीय डिभाइसलाई बुझ्न सक्नुहुन्न)

28. यदि तपाईं प्रश्न #25 मा उल्लेख गरिएको कुनै पनि कार्यहरूमा अरूहरूलाई सहयोग गर्नुहुन्छ भने तपाईंले प्राय: कति सहयोग उपलब्ध गराउनुहुन्छ?

- ☐ औसतमा हप्ताको 30 घण्टाभन्दा बढी
- ☐ औसतमा हप्ताको 15-30 घण्टा
- ☐ औसतमा हप्ताको 7-14 घण्टा
- ☐ औसतमा हप्ताको 7 घण्टाभन्दा कम

29. यदि तपाईं प्रश्न #25 मा पहिचान गरिएको कुनै पनि कार्यहरूमा अरूहरूलाई सहयोग गर्नुहुन्छ भने के तपाईंलाई त्यसो गर्नमा मद्दत आवश्यक पर्छ? यसमा आर्थिक सहयोग, कार्यक्रम वा अन्य सहायताहरू हुन सक्छन्।

- ☐ हो
- ☐ होइन
- ☐ लागू नहुने

30. के तपाईंले निम्नमध्ये कुनै पनि क्रियाकलापमा अरूहरूबाट सहयोग प्राप्त गर्नुहुन्छ? कृपया लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्।

- ☐ घरका कामहरू
- ☐ यातायात
- ☐ किराना सामान, सरसफाइका सामग्री, लत्ताकपडा तथा अन्य आवश्यक कुराहरू लगायतको किनमेल
- ☐ भोजनको तयारी/खाना पकाउने
- ☐ आफ्नो वित्तको व्यवस्थापन गर्ने
- ☐ अपोइन्टमेन्टहरूको समय निर्धारण गर्ने
- ☐ औषधिहरू लिने
- ☐ स्वच्छतासम्बन्धी स्याहार
- ☐ प्रविधि, विद्युतीय र/वा सञ्चारका डिभाइसहरू प्रयोग गर्ने
- ☐ लनको स्याहार/हिउँ हटाउने, घरको रखरखाव वा मर्मतसम्भार
- ☐ बच्चा वा घरपालुवा जनावरको स्याहार
- ☐ आफ्ना धार्मिक अभ्यास, शौक वा अन्य रुचिहरू बनाइराख्ने
- ☐ भाषाको अनुवाद
- ☐ आकस्मिक स्थितिहरूको बेला आवश्यक पर्ने
- ☐ अन्य (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) _____
- ☐ लागू नहुने

31. यदि तपाईं प्रश्न #30 मा पहिचान गरिएको कुनै पनि कार्यहरूमा अरूहरूबाट सहयोग प्राप्त गर्नुहुन्छ भने यो नियमित सहयोग तपाईंलाई कसले उपलब्ध गराउँछ (लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्)?

- ☐ परिवारको सदस्य
- ☐ साथी
- ☐ समुदायको सदस्य
- ☐ सहकर्मी
- ☐ तलबी कर्मचारी

32. यदि तपाईं अरूहरूबाट सहयोग प्राप्त गर्नुहुन्छ भने तपाईंले यो सहयोग प्राय: कत्तिको प्राप्त गर्नुहुन्छ?

- ☐ औसतमा हप्ताको 30 घण्टाभन्दा बढी
- ☐ औसतमा हप्ताको 15-30 घण्टा
- ☐ औसतमा हप्ताको 7-14 घण्टा
- ☐ औसतमा हप्ताको 7 घण्टाभन्दा कम

33. तपाईंलाई आत्मनिर्भर, स्वस्थ र आफ्नो समुदायमा जोडिरहनका लागि सबैभन्दा ठूला चुनौतीहरू के-के हुन भन्ने लाग्छ? कृपया 5 वटासम्म कारण छनौट गर्नुहोस्।

- ☐ मेरो समुदायमा कुन-कुन सेवाहरू उपलब्ध छन् भन्ने बारेमा म निश्चित छैन।
- ☐ म कुन-कुन सार्वजनिक सुविधाहरूका लागि योग्य छु भनेर मलाई थाहा छैन र/वा म योग्य रहने सार्वजनिक सुविधाहरू कसरी प्राप्त गर्ने भनेर मलाई थाह छैन (उदाहरण: पूरक पोषण सहयोग कार्यक्रम (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), गृह उर्जा सहयोग कार्यक्रम (Home Energy Assistance Program, HEAP) इत्यादि)
- ☐ मैले सेवा वा सुविधाहरूक लागि योग्यतासम्बन्धी मापदण्डहरू पूरा गर्दिनँ
- ☐ मैले आफूलाई आवश्यक पर्ने सेवाहरूका लागि कर्मचारीहरू भेट्टाउन/काममा राख्न सक्दिनँ
- ☐ मेरो लागि उपलब्ध सामुदायिक सेवाहरूले मेरा आवश्यकताहरूलाई पूरा गर्दैनन्
- ☐ मैले आवासको खर्च बेहोर्न सक्दिनँ
- ☐ मसँग इन्टरनेट वा ब्रोडब्यान्डमा सीमित पहुँच छ वा पहुँच नै छैन
- ☐ मसँग सेलफोन, ट्याब्लेट वा कम्प्युटर छैन
- ☐ मलाई प्रविधि राम्रोसँग कसरी प्रयोग गर्ने भनेर थाहा छैन
- ☐ समुदायमा प्रदायक र पेशाकर्मीहरू मैले चाहेको भाषा बोल्दैनन् र/वा मेरो संस्कृतिलाई बुझ्दैनन्
- ☐ म मेरो समुदायमा प्रदायक र पेशाकर्मीहरूलाई विश्वास गर्दिनँ
- ☐ मेरो घर वा समुदाय मेरो लागि भौतिक रूपमा पहुँचयोग्य छैन (उदाहरण: ग्रेब बार, र्याम्प, उज्यालो बत्ति, साइडवाक (फुटपाथ), पार्किङ नभएको, अपाङ्गता पहुँचयोग्य सेवास्थल/ठाउँहरू नभएको इत्यादि)
- ☐ मलाई आवश्यक पर्ने भएतापनि मसँग अस्पतालको बिस्तारा, व्हीलचेयर, वाकर, क्यान (लौरो), कमोड, सुन्नमा सहयोग गर्ने यन्त्र, चस्मा इत्यादि जस्ता अनुकूलनीय वा चिकित्सकीय उपकरण/डिभाइसहरू छैनन्
- ☐ मलाई आवश्यक पर्ने भएतापनि मसँग घरको मर्मतसम्भार, घरआँगनको काम र बरफ हटाउने जस्ता कामहरू गर्नका लागि मद्दत छैन
- ☐ म आफू जान आवश्यक पर्ने ठाउँहरूमा जान सक्दिनँ (उदाहरण: यातायात भेटाउन गाह्रो हुने भएकोले मलाई घरबाट बाहिर निक्लनमा कठिनाइ हुन्छ)
- ☐ मेरो शारीरिक सीमितता वा चालसम्बन्धी समस्याहरू छन् जसले मलाई मेरो घरबाट बाहिर निक्लनमा गाह्रो बनाउँछ
- ☐ मेरा प्रेस्क्रिप्सन र/वा स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरू एकदमै महङ्गो छन्
- ☐ मेरो लागि निर्णयहरू लिनका लागि म अरूहरूमा निर्भर छु
- ☐ स्वास्थ्य स्याहार र मानव सेवा प्रदायकहरूका बीचमा समन्वय/सञ्चारको कमी
- ☐ मेरो उमेरको कारणले गर्दा मानिसहरूले मलाई भिन्न तरिकामा व्यवहार गर्छन्
- ☐ अन्य (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) _____
- ☐ मलाई आत्मनिर्भर, स्वस्थ र आफ्नो समुदायमा जुडिरहनका लागि त्यस्ता कुनै पनि चुनौतीहरू छन् जस्तो लाग्दैन।

34. तपाईंलाई थाहा भएसम्म तपाईंको समुदायमा निम्नमध्ये कुन-कुन सुविधा तथा सेवाहरू समुदायका सबै सदस्यहरूका साथै विशेषगरी जेष्ठ नागरिक वा बौद्धिक वा विकाससम्बन्धी अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि सबैभन्दा कम पहुँचयोग्य छन् (लागू हुने सबै छनौट गर्नुहोस्)?

- ☐ चिकित्सकीय उपचार
- ☐ घरका सामान्य काम, किनमेल, लन्ड्री (लुगा धुने), भोजनको तयारी, पैसाको व्यवस्थापन इत्यादिमा सहयोग
- ☐ नुहाउने, कपडा लगाउने, कपाल, दाह्री जुँगा काट्ने वा मिलाउने, शौचालय प्रयोग गर्ने, एक ठाउँबाट अर्को ठाउँमा लैजाने-ल्याउने, औषधिहरूको सुपरिवेक्षण इत्यादि
- ☐ घरको सामान्य परिमार्जन/मर्मतसम्भार
- ☐ सार्वजनिक सहयोग र सुविधाहरू प्राप्त गर्नमा सहयोग
- ☐ भोजनको डेलिभरी र/वा भोजनको योजना बनाउन र तयार गर्नमा सहयोग
- ☐ दुर्व्यवहार रोकथाम र सहयोग (उदाहरण: दुर्व्यवहार पहिचान गर्न, रिपोर्ट गर्न र प्रतिकार्य गर्नका लागि संयन्त्रहरू)
- ☐ मानसिक/व्यवहारजन्य स्वास्थ्य समस्याहरू भएका मानिसहरूका लागि सेवा र उपचारहरू
- ☐ लागूपदार्थ दुर्व्यसनका समस्याहरू भएका मानिसहरूका लागि सेवा र उपचारहरू
- ☐ बौद्धिक र विकाससम्बन्धी अपाङ्गता भएका मानिसहरूका लागि सेवा र उपचारहरू
- ☐ अल्जाइमर रोग र अन्य डिमेन्सिया (बिर्सने रोग) हरू भएका मानिसहरूका लागि सेवा र उपचार
- ☐ दीर्घ रोगको स्व-व्यवस्थापन
- ☐ थेरापी सेवाहरू (अकुपेशनल, फिजिकल, स्पीच इत्यादि)
- ☐ डायलासिस सेवाहरू
- ☐ यातायात
- ☐ सामाजिकीकरणका अवसरहरू
- ☐ स्याहारको समन्यव/केसको व्यवस्थापन सेवाहरू
- ☐ फसिलिटीमा अवस्थित दीर्घकालीन स्याहार (उदाहरण: नर्सिङ होम, वयस्क स्याहार फसिलिटी, सहायताप्राप्त जीवनयापन, परिवार जस्तै घरहरू)
- ☐ एकीकरण र आत्मनिर्भरतालाई प्रवर्द्धन गर्ने समुदायमा आधारित सेवाहरू
- ☐ अन्य (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) _____

35. जेष्ठ नागरिकका लागि मास्टर प्लानमा तपाईंले प्राथमिकतामा राखेको देख्न चाहेका सबैभन्दा महत्त्वपूर्ण क्षेत्रहरू कुन-कुन हुन्? कृपया 5 वटासम्म क्षेत्र छनौट गर्नुहोस्।

- ☐ आवास (हाउजिङ)
- ☐ समुदायमा अरूहरूसँग संलग्न हुने अवसरहरू (उदाहरण: घुलमिल हुने र शौक/रुचिहरूलाई अगाडि बढाउने, स्वयंसेवा गर्ने, पैरवीका प्रयासहरू, मतदान गर्ने इत्यादि)
- ☐ मानसिक/व्यवहारजन्य स्वास्थ्य समस्याहरू
- ☐ लागूपदार्थ दुर्व्यसनका समस्याहरू
- ☐ बौद्धिक र विकाससम्बन्धी अपाङ्गता
- ☐ अल्जाइमर रोग र अन्य डिमेन्सिया (बिर्सने रोग)
- ☐ दुर्व्यवहारको रोकथाम र सहयोग (वित्तीय शोषण, शारीरिक, यौनजन्य, भावनात्मक, मौखिक दुर्व्यवहार र बेवास्तासहित)

(अर्को पेजमा निरन्तर)

- ☐ प्रविधि र प्राविधिक सुरक्षा
- ☐ यातायात
- ☐ फसिलिटीमा अवस्थित दीर्घकालीन सेवा तथा सहायताहरू
- ☐ सामुदायिक सेवाका विकल्पहरूलाई बढाउने
- ☐ स्याहारको समन्यव/केसको व्यवस्थापन सेवाहरू
- ☐ मानिसहरूलाई उनीहरूकै घरमा सहयोग उपलब्ध गराउने भुक्तानी प्राप्त गर्ने स्याहारकर्ता र पेशाकर्मीहरू लगायतका जनशक्तिलाई नियुक्त गरेर उनीहरूलाई काममा टिकाइ राख्ने (उदाहरण: गृह स्वास्थ्य सहयोगी, व्यक्तिगत स्याहार सहयोगी, फसिलिटी तथा कार्यक्रमका कर्मचारीहरू इत्यादि र/वा स्व-निर्देशित सेवाहरूमार्फत भुक्तानी गरिने परिवार वा साथीभाइहरू)
- ☐ मानिसहरूलाई उनीहरूको दैनिक जीवनका क्रियाकलापहरूमा सहयोग गर्ने परिवारका सदस्य, साथीभाइ वा अन्य भुक्तानी प्राप्त नगर्ने स्याहारकर्ताहरूका लागि सहायता र सुविधाहरू
- ☐ भोजनको डेलिभरी र/वा भोजनको योजना बनाउन र तयार गर्नमा सहयोग
- ☐ सार्वजनिक सुविधा कार्यक्रमहरूमार्फत आर्थिक सहयोग र छुट प्रदान गरिएका सेवाहरूका लागि योग्यताका मापदण्डहरूलाई बढाउने (उदाहरण: पूरक पोषण सहयोग कार्यक्रम (SNAP), गृह उर्जा सहयोग कार्यक्रम (HEAP) इत्यादि)
- ☐ जलवायु परिवर्तन (उदाहरण: अत्याधिक गर्मी, बाढी इत्यादि)
- ☐ उमेर र अपाङ्गताका आधारमा हुने भेदभावहरूलाई रोकथाम गर्ने
- ☐ अन्य (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) _____
- ☐ मलाई जेष्ठ नागरिकका लागि मास्टर प्लानका लागि प्राथमिकताको कुनै पनि क्षेत्रहरू छन् जस्तो लाग्दैन।

जनसांख्यिकीय (वैकल्पिक)

1. तपाईंको उमेर दायरा कति हो?

- ☐ 18 वर्षभन्दा कम
- ☐ 18-24
- ☐ 25-35
- ☐ 36-49
- ☐ 50-64
- ☐ 65-74
- ☐ 75-84
- ☐ 85 वर्ष वा सोभन्दा बढी

2. तपाईंको जाति के हो?

- ☐ श्वेत (मध्य पूर्वी तथा नर्थ अफ्रिकनसहित)
- ☐ अश्वेत वा अफ्रिकन अमेरिकन
- ☐ हिस्प्यानिक
- ☐ एशियाली
- ☐ अमेरिकन इण्डियन वा अलास्काका मूल निवासी
- ☐ हवाईका मूल निवासी वा अन्य प्यासिफिक आइल्याण्डर
- ☐ दुई वा सोभन्दा बढी जाति वा मैले आफ्नो जातिलाई भिन्न तरिकामा परिचय दिन्छु (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्)

_____

3. तपाईंको यौनिक झुकाव के हो?

- ☐ स्ट्रेट वा हेटेरोसेक्सुअल (विपरित लिङ्गी)
- ☐ गे (पुरुष समलिङ्गी)
- ☐ लेस्बियन (महिला समलिङ्गी)
- ☐ बाइसेक्सुअल (द्विलिङ्गी)
- ☐ क्वियर
- ☐ पानसेक्स्युअल (सर्वयौनिक)
- ☐ असेक्सुअल (अलिङ्गी)
- ☐ म उत्तर दिन चाहन्नँ
- ☐ निश्चित नभएको/आफू के हो बुझ्दै/मलाई थाहा छैन
- ☐ सूचीकृत नगरिएको (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) _____

4. हालको लैङ्गिक पहिचान

- ☐ महिला
- ☐ पुरुष
- ☐ ट्रान्सजेन्डर महिला
- ☐ ट्रान्सजेन्डर पुरुष
- ☐ जेन्डर नन-कन्फर्मिङ
- ☐ नन-बाइनरी
- ☐ जेन्डर X
- ☐ म उत्तर दिन चाहन्नँ
- ☐ निश्चित नभएको/आफू के हो बुझ्दै/मलाई थाहा छैन
- ☐ सूचीकृत नगरिएको (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) _____

5. जन्मको समयमा तपाईंलाई दिइएको लिङ्ग

- ☐ महिला
- ☐ पुरुष
- ☐ इन्टरसेक्स
- ☐ जवाफ दिन चाहन्नँ

हाम्रो सर्वेक्षणमा सहभागी हुनुभएकोमा तपाईंलाई धन्यवाद छ; तपाईंका जवाफहरूले जेष्ठ नागरिकका लागि मास्टर प्लानले तपाईं र तपाईंको परिवारलाई सबैभन्दा राम्रोसँग कसरी सेवा प्रदान गर्न सक्छ भनेर निर्धारण गर्नमा मद्दत गर्नेछन्। तपाईंको क्षेत्रमा जेष्ठ नागरिक तथा दीर्घकालीन सेवा तथा सहायताहरूका बारेमा जानकारीका लागि कृपया NY कनेक्ट्स (NY Connects) लाई **www.nyconnects.ny.gov** वा **800-342-9871** मा सम्पर्क गर्नुहोस्।

यसका साथै जेष्ठ नागरिकको दुर्व्यवहार र भेदभावसँग सम्बन्धित प्रश्नहरू भावनात्मक रूपमा चुनौतीपूर्ण हुन सक्ने कुरा हामी बुझ्छौं। यदि तपाईं वा तपाईंले माया गर्ने कोही जेष्ठ नागरिकले दुर्व्यवहार भोग्नुभएको छ वा देख्नुभएको छ भने तपाईं न्यूयोर्क राज्य जेष्ठ नागरिक संरक्षण कार्यालय (New York State Adult Protective Services (APS)) हेल्पलाइन **1-844-697-3505** मा सम्पर्क गरेर उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ (यदि चाहेमा बेनामी भएर पनि गर्न सकिन्छ)। तपाईं यस लिङ्कमा उपलब्ध गराइएको सम्पर्क जानकारी प्रयोग गरेर पनि आफ्नो स्थानीय APS कार्यालयलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ: **https://ocfs.ny.gov/programs/adult-svcs/contact.php#local-aps**.

कृपया सर्वेक्षणहरू यहाँ फिर्ता गरिदिनुहोस्:

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