Generalny Plan Wsparcia dla Osób Starszych

Badanie opinii publicznej: projektowanie strategii

NEW YORK STATE | Master Plan for Aging

Stan Nowy Jork opracowuje Generalny Plan Wsparcia dla Osób Starszych (Master Plan for Aging, MPA), który będzie stanowić zarys strategii zapewniających wszystkim mieszkańcom stanu Nowy Jork możliwość samorealizacji w dobrym zdrowiu, z poszanowaniem wolności, godności i niezależności, niezależnie od wieku. W ramach niniejszej ankiety staramy się poznać warunki życia, potrzeby związane z opieką i usługami oraz obszary, które zdaniem mieszkańców Nowego Jorku należy uwzględnić w MPA.

Uzyskane odpowiedzi wpłyną na zalecane strategie, polityki oraz nowe lub ulepszone programy, które zostaną uwzględnione w MPA. Ankieta stanowi okazję do poinformowania nas, jak najlepiej MPA może się przysłużyć Tobie i Twojej rodzinie.

Prosimy o wypełnienie ankiety jak najszybciej do 31 grudnia 2023 r. Ankietę można wypełnić w imieniu innej osoby, z jej udziałem. Odpowiedzi są przekazywane anonimowo.

Więcej informacji na temat MPA można znaleźć pod adresem www.ny.gov/mpa. Pytania dotyczące ankiety prosimy kierować na adres e-mail MPA@health.ny.gov.

1. Czy wypełniasz tę ankietę w imieniu innej osoby?

- ☐ Nie, nie wypełniam tej ankiety w imieniu innej osoby
- ☐ Tak, wypełniam tę ankietę w imieniu innej osoby (wszystkie kolejne odpowiedzi będą dotyczyć tej osoby, a nie mnie)

2. Wybierz hrabstwo stanu Nowy Jork, w którym znajduje się Twoje główne miejsce zamieszkania. Zaznacz tylko jedną opcję.

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

3. Jak możesz opisać okolicę swojego głównego miejsca zamieszkania (wybierz jedną opcję)?

- ☐ Miejska
- ☐ Podmiejska
- ☐ Wiejska

4. Czy masz problemy z dostępem do transportu w swojej okolicy?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

5. Jeżeli odpowiedź na powyższe pytanie jest twierdząca, jaka jest główna przyczyna braku dostępu do transportu?

- ☐ Brak rozeznania w dostępnych opcjach transportu
- ☐ Brak niezbędnych technologii dających dostęp do istniejących opcji transportu
- ☐ Brak opcji transportu
- ☐ Brak transportu zgodnego z Ustawą o Amerykanach z niepełnosprawnością (Americans with Disability Act, ADA)
- ☐ Brak orientacji w systemie transportowym, w tym w rozkładach jazdy, trasach i przystankach
- ☐ Brak środków finansowych na transport
- ☐ Nie jestem kierowcą
- ☐ Inna odpowiedź — prosimy o podanie: _____

6. Czy masz niepełnosprawność, ograniczenia albo potrzeby związane z mobilnością?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

7. Jeżeli odpowiedź na powyższe pytanie jest twierdząca, czy uważasz, że ta niepełnosprawność, ograniczenie lub potrzeby związane z mobilnością utrudniają poruszanie się?

- ☐ W większości przypadków
- ☐ Czasami
- ☐ Rzadko

8. Jeżeli w punkcie 6 została wskazana niepełnosprawność, ograniczenia albo potrzeby związane z mobilnością, jak przystosowana do tych potrzeb jest Twoja okolica? To znaczy: jak łatwo, Twoim zdaniem, osoby z niepełnosprawnością, ograniczeniami lub potrzebami związanymi z mobilnością mogą opuszczać swoje domy, korzystać z usług i uczestniczyć w życiu społeczności?

- ☐ Bardzo dobrze przystosowana — odczuwam niezależność w swojej okolicy
- ☐ Umiarkowanie przystosowana — mogę samodzielnie wykonywać większość potrzebnych czynności
- ☐ Niezbyt przystosowana — mogę wykonywać większość potrzebnych czynności z czyjąś pomocą albo mam trudności z ich wykonywaniem
- ☐ W ogóle nie jest przystosowana

9. Czy spotykasz się z dyskryminacją (która może obejmować dyskryminację ze względu na wiek lub stopień sprawności) w swojej społeczności?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

10. Jeżeli odpowiedź na pytanie 9 jest twierdząca, jak często spotykasz się z dyskryminacją?

- ☐ Regularnie (np. co tydzień)
- ☐ Umiarkowanie (np. kilka razy w roku)
- ☐ Rzadko (zdarzyło się kilka razy, ale sporadycznie)

11. Czy uważasz, że stan Nowy Jork odpowiednio chroni przed dyskryminacją, czy też mógłby robić więcej w tej sprawie?

- ☐ Tak, istnieją odpowiednie środki ochrony
- ☐ Stan ma dobre środki ochrony, ale mógłby robić więcej
- ☐ Stan zbyt słabo chroni ludzi przed dyskryminacją

12. Wybierz opcję, która najlepiej opisuje Twoją sytuację mieszkaniową:

- ☐ Jestem właścicielem prywatnego domu lub mieszkania
- ☐ Jestem najemcą prywatnego domu lub mieszkania
- ☐ Mieszkam u członka rodziny
- ☐ Osiedle/dom dla samodzielnych seniorów
- ☐ Mieszkalnictwo wspomagane
- ☐ Dom opieki
- ☐ Inny rodzaj miejsca zamieszkania (prosimy określić)

_____

13. Czy koszty obecnego miejsca zamieszkania stanowią dla Ciebie obciążenie?

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie dotyczy

14. Czy stać Cię na zaspokajanie swoich potrzeb związanych z żywnością i prawidłowym odżywianiem się?

- ☐ Tak, stać mnie na zaspokajanie swoich potrzeb
- ☐ Nie, nie stać mnie na zaspokajanie swoich potrzeb, ale otrzymuję wsparcie/zasiłki (np. samorządowe, kościelne, rządowe czy rodzinne)
- ☐ Nie, nie stać mnie na zaspokajanie swoich potrzeb i nie otrzymuję żadnego wsparcia/zasiłków

15. Jeżeli nie stać Cię na zaspokajanie swoich potrzeb związanych z żywnością i prawidłowym odżywianiem się oraz nie otrzymujesz żadnego wsparcia/zasiłków, dlaczego nie otrzymujesz zasiłków?

- ☐ Nie wiem, co jest dostępne
- ☐ Nie spełniam kryteriów kwalifikacyjnych
- ☐ Nie chcę pomocy
- ☐ Nie dotyczy

16. Czy stać Cię na zaspokajanie swoich potrzeb związanych z lekami?

- ☐ Tak, stać mnie na zaspokajanie swoich potrzeb
- ☐ Nie, nie stać mnie na zaspokajanie swoich potrzeb, ale otrzymuję wsparcie/zasiłki (np. samorządowe, kościelne, rządowe czy rodzinne)
- ☐ Nie, nie stać mnie na zaspokajanie swoich potrzeb i nie otrzymuję żadnego wsparcia/zasiłków
- ☐ Nie dotyczy

17. Jeżeli nie stać Cię na zaspokajanie swoich potrzeb związanych z lekami oraz nie otrzymujesz żadnego wsparcia/zasiłków, dlaczego nie otrzymujesz zasiłków?

- ☐ Nie wiem, jakie zasiłki są dostępne
- ☐ Nie wiem, jak i gdzie się zgłosić w celu uzyskania pomocy
- ☐ Nie spełniam kryteriów kwalifikacyjnych
- ☐ Nie chcę pomocy
- ☐ Nie dotyczy

18. Jaki jest Twój status zatrudnienia?

- ☐ Zatrudniony(-a) na pełny etat
- ☐ Zatrudniony(-a) na część etatu
- ☐ Bezrobotny(-a)/poszukujący(-a) pracy
- ☐ Niezdolny(-a) do pracy i otrzymujący zasiłek z tytułu niezdolności do pracy
- ☐ Emeryt(ka) — z wyboru
- ☐ Emeryt(ka)/rencist(k)a — nie z wyboru (np. z przyczyn medycznych, wskutek niepełnosprawności, wypadku lub sytuacji rodzinnej)
- ☐ Student(ka)/uczeń/uczennica
- ☐ Osoba prowadząca dom

19. Czy planujesz opuścić swoją okolicę po przejściu na emeryturę?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

20. Jeżeli tak, z jakiego głównego powodu chcesz na emeryturze mieszkać gdzie indziej?

- ☐ Finanse
- ☐ Opieka zdrowotna
- ☐ Pogoda
- ☐ Lokalizacja rodziny
- ☐ Sytuacja opiekuna
- ☐ Inna odpowiedź (prosimy o podanie) _____

21. Czy rozmawiasz z członkami rodziny, znajomymi lub członkami społeczności tak często, jak sobie tego życzysz?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

22. Jak często rozmawiasz z członkami rodziny, znajomymi lub członkami społeczności?

- ☐ Codziennie
- ☐ Co tydzień
- ☐ Co miesiąc
- ☐ Co kilka miesięcy
- ☐ Raz na rok lub rzadziej
- ☐ Nigdy

23. Czy masz w domu dostęp do Internetu?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

24. Jeżeli nie masz w domu dostępu do Internetu, to dlaczego?

- ☐ Nie stać mnie na Internet
- ☐ Łącze internetowe nie jest dostępne lub nie działa niezawodnie w mojej okolicy
- ☐ Nie chcę Internetu

25. Czy często pomagasz innym osobom w następujących czynnościach? Zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi.

- ☐ Zajęcia domowe
- ☐ Transport
- ☐ Zakupy, w tym spożywcze, toaletowe, ubrania i inne niezbędne rzeczy
- ☐ Przygotowywanie posiłków/gotowanie
- ☐ Zarządzanie finansami tych osób
- ☐ Planowanie wizyt
- ☐ Podawanie leków
- ☐ Dbanie o higienę
- ☐ Korzystanie z technologii, urządzeń elektronicznych i telekomunikacyjnych
- ☐ Pielęgnacja trawnika, odśnieżanie, dbanie o stan domu lub naprawy
- ☐ Opieka nad dzieckiem lub zwierzęciem domowym
- ☐ Pomoc w kontynuowaniu praktyk religijnych, hobby lub innych zainteresowań
- ☐ Tłumaczenie językowe
- ☐ Pomoc w sytuacjach awaryjnych
- ☐ Nie pomagam lub nie mogę pomagać innym w powyższych czynnościach
- ☐ Inna odpowiedź (prosimy o podanie) _____

26. Jeżeli pomagasz innym w którychkolwiek czynnościach wskazanych w pytaniu 25, komu świadczysz tę pomoc? Zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi.

- ☐ Członek rodziny
- ☐ Znajoma osoba
- ☐ Członek społeczności
- ☐ Współpracownik

27. Jeżeli pomagasz innym w którychkolwiek czynnościach wskazanych w pytaniu 25, wskaż główny powód lub powody świadczenia tej pomocy. Zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi.

- ☐ Osoba, której pomagam, ma problemy zdrowotne
- ☐ Osoba, której pomagam, ma ograniczenia fizyczne
- ☐ Osoba, której pomagam, ma zaburzenia psychiczne lub behawioralne albo uzależnienie od substancji psychoaktywnych
- ☐ Osoba, której pomagam, nie ma żadnych z powyższych ograniczeń, ale jest przytłoczona tymi zadaniami (np. potrzebuje opieki nad dzieckiem, nie może zrozumieć działania technologii lub urządzeń elektronicznych)

28. Jeżeli pomagasz innym w którychkolwiek czynnościach wskazanych w pytaniu 25, jak często świadczysz tę pomoc?

- ☐ Średnio ponad 30 godzin tygodniowo
- ☐ Średnio 15–30 godzin tygodniowo
- ☐ Średnio 7–14 godzin tygodniowo
- ☐ Średnio mniej niż 7 godzin tygodniowo

29. Jeżeli pomagasz innym w którychkolwiek czynnościach wskazanych w pytaniu 25, czy potrzebujesz w tym wsparcia? Może to być pomoc finansowa, programy lub inne formy wsparcia.

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie dotyczy

30. Czy korzystasz z pomocy innych osób w następujących czynnościach? Zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi.

- ☐ Zajęcia domowe
- ☐ Transport
- ☐ Zakupy, w tym spożywcze, toaletowe, ubrania i inne niezbędne rzeczy
- ☐ Przygotowywanie posiłków/gotowanie
- ☐ Zarządzanie moimi finansami
- ☐ Planowanie wizyt
- ☐ Podawanie leków
- ☐ Dbanie o higienę
- ☐ Korzystanie z technologii, urządzeń elektronicznych i telekomunikacyjnych
- ☐ Pielęgnacja trawnika, odśnieżanie, dbanie o stan domu lub naprawy
- ☐ Opieka nad dzieckiem lub zwierzęciem domowym
- ☐ Kontynuowanie praktyk religijnych, hobby lub innych zainteresowań
- ☐ Tłumaczenie językowe
- ☐ Potrzeby w sytuacjach awaryjnych
- ☐ Inna odpowiedź (prosimy o podanie) _____
- ☐ Nie dotyczy

31. Jeżeli korzystasz z pomocy innych osób w którychkolwiek czynnościach wskazanych w pytaniu 30, kto regularnie świadczy tę pomoc? Zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi.

- ☐ Członek rodziny
- ☐ Znajoma osoba
- ☐ Członek społeczności
- ☐ Współpracownik
- ☐ Osoba pracująca odpłatnie

32. Jeżeli korzystasz z pomocy innych osób, jak regularnie otrzymujesz tę pomoc?

- ☐ Średnio ponad 30 godzin tygodniowo
- ☐ Średnio 15–30 godzin tygodniowo
- ☐ Średnio 7–14 godzin tygodniowo
- ☐ Średnio mniej niż 7 godzin tygodniowo

33. Co uważasz za największe wyzwania utrudniające zachowanie samodzielności, zdrowia i kontaktu ze społecznością? Wybierz maksymalnie 5 powodów.

- ☐ Nie mam pewności, jakie usługi są dostępne w mojej społeczności
- ☐ Nie wiem, jakie przysługują mi świadczenia publiczne lub nie wiem, jak uzyskać należne mi świadczenia publiczne, np. Program Uzupełniającej Pomocy Żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Program Pomocy w zakresie Pokrywania Kosztów Energii i Ogrzewania (Home Energy Assistance Program, HEAP) itp.
- ☐ Nie spełniam kryteriów kwalifikacyjnych usług lub świadczeń
- ☐ Nie mogę znaleźć/zatrudnić osób do potrzebnych mi usług
- ☐ Dostępne dla mnie usługi społeczne nie zaspokajają moich potrzeb
- ☐ Nie stać mnie na opłacanie mieszkania
- ☐ Mam ograniczony dostęp do Internetu lub szerokopasmowego Internetu albo nie mam żadnego dostępu
- ☐ Nie mam telefonu komórkowego, tabletu ani komputera
- ☐ Nie umiem się dobrze posługiwać urządzeniami
- ☐ Usługodawcy i profesjonaliści w mojej społeczności nie mówią w moim preferowanym języku i/lub nie rozumieją mojej kultury
- ☐ Nie ufam usługodawcom i profesjonalistom w mojej społeczności
- ☐ Mój dom lub okolica nie są fizycznie przystosowane do moich potrzeb (np. brak poręczy, podjazdów, dodatkowego oświetlenia, chodników, miejsc parkingowych, obiektów/przestrzeni przystosowanych dla osób z niepełnosprawnością itp.)
- ☐ Potrzebuję, ale nie mam pomocniczego lub medycznego sprzętu bądź urządzeń, takich jak łóżko szpitalne, wózek inwalidzki, chodzik, laska, sedes pokojowy, aparat słuchowy, okulary itp.
- ☐ Potrzebuję, ale nie otrzymuję pomocy w takich zadaniach jak naprawy domowe, prace ogrodowe i odśnieżanie
- ☐ Nie mogę dojechać tam, gdzie potrzebuję (np. mam problemy z opuszczeniem domu, ponieważ trudno jest znaleźć transport)
- ☐ Mam ograniczenia fizyczne lub problemy z mobilnością, które utrudniają mi opuszczenie domu
- ☐ Realizacja recept i/lub usługi medyczne są zbyt drogie
- ☐ Inne osoby podejmują za mnie decyzje
- ☐ Brak koordynacji/komunikacji między opieką medyczną a opieką społeczną
- ☐ Ludzie traktują mnie inaczej ze względu na mój wiek
- ☐ Inna odpowiedź (prosimy o podanie) _____
- ☐ Nie sądzę, by występowały wyzwania utrudniające zachowanie samodzielności, zdrowia i kontaktu ze społecznością w mojej okolicy.

34. Na ile Ci wiadomo, które z poniższych świadczeń i usług są najmniej dostępne w Twojej okolicy dla wszystkich członków społeczności, ale szczególnie dla osób starszych lub osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi albo rozwojowymi? Zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi.

- ☐ Leczenie
- ☐ Pomoc z typowymi zajęciami domowymi, zakupami, praniem, przygotowywaniem posiłków, zarządzaniem finansami itp.
- ☐ Pomoc z myciem się, ubieraniem, dbaniem o wygląd, toaletą, przenoszeniem, nadzorowaniem przyjmowania leków itp.
- ☐ Drobne modyfikacje/remonty domu
- ☐ Wsparcie w uzyskiwaniu świadczeń i pomocy publicznej
- ☐ Dostawy posiłków lub pomoc w planowaniu i przygotowywaniu posiłków
- ☐ Zapobieganie krzywdzeniu i wykorzystywaniu oraz interwencja w takich przypadkach (np. mechanizmy identyfikacji, zgłaszania i reagowania)
- ☐ Usługi i terapia dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego / behawioralnymi
- ☐ Usługi i terapia dla osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych
- ☐ Usługi i terapia dla osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi i rozwojowymi
- ☐ Usługi i terapia dla osób z chorobą Alzheimera i innymi formami demencji
- ☐ Wsparcie w radzeniu sobie z chorobami przewlekłymi
- ☐ Usługi terapeutyczne (zawodowe, medyczne, logopedyczne)
- ☐ Usługi dializacyjne
- ☐ Transport
- ☐ Okazje do kontaktów towarzyskich
- ☐ Usługi koordynacji opieki / zarządzania opieką zdrowotną
- ☐ Opieka długoterminowa w placówce (np. domy opieki, mieszkalnictwo wspomagane, domy opieki, domy rodzinne dla dorosłych)
- ☐ Usługi społeczne promujące integrację i samodzielność
- ☐ Inna odpowiedź (prosimy o podanie) _____

35. Jakie są najważniejsze obszary, które Twoim zdaniem powinny mieć priorytet w Generalnym Planie Wsparcia dla Osób Starszych? Wybierz maksymalnie 5 obszarów.

- ☐ Mieszkalnictwo
- ☐ Okazje do kontaktów z innymi członkami społeczności (np. do nawiązywania kontaktów towarzyskich i dzielenia zainteresowań, wolontariatu, aktywizmu, głosowania itp.)
- ☐ Zaburzenia psychiczne i behawioralne
- ☐ Uzależnienia od substancji psychoaktywnych
- ☐ Niepełnosprawność intelektualna i rozwojowa
- ☐ Choroba Alzheimera i inne formy demencji
- ☐ Zapobieganie krzywdzeniu i wykorzystywaniu oraz interwencja w takich przypadkach (np. wykorzystywanie finansowe, fizyczne, seksualne, emocjonalne, przemoc słowna i zaniedbanie)

(ciąg dalszy na następnej stronie)

- ☐ Technologia i bezpieczeństwo technologiczne
- ☐ Transport
- ☐ Usługi i wsparcie długoterminowe w placówce
- ☐ Rozszerzenie opcji usług socjalnych
- ☐ Usługi koordynacji opieki / zarządzania opieką zdrowotną
- ☐ Rekrutacja i utrzymywanie personelu, w tym płatnych opiekunów i profesjonalistów świadczących pomoc ludziom w domach (np. domowa opieka zdrowotna, opieka osobista, pracownicy placówek i programów i/lub rodzina albo znajomi opłacani w ramach usług zarządzanych samodzielnie (self-directed services)
- ☐ Wsparcie i świadczenia dla członków rodziny, znajomych, sąsiadów i innych nieopłacanych opiekunów, którzy pomagają ludziom w codziennym życiu
- ☐ Dostawy posiłków lub pomoc w planowaniu i przygotowywaniu posiłków
- ☐ Rozszerzenie kryteriów kwalifikacji do uzyskania pomocy finansowej i usług subsydiowanych za pośrednictwem programów świadczeń publicznych np. Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Programu pomocy w zakresie pokrywania kosztów energii i ogrzewania (Home Energy Assistance Program, HEAP) itp.
- ☐ Zmiany klimatu (np. ekstremalne upały, powodzie itp.)
- ☐ Zapobieganie dyskryminacji ze względu na wiek i zdolności
- ☐ Inna odpowiedź (prosimy o podanie) _____
- ☐ Nie sądzę, by istniały obszary priorytetowe do uwzględnienia w programie Master Plan for Aging.

INFORMACJE DEMOGRAFICZNE (OPCJONALNIE)

1. Jaka jest Twoja grupa wiekowa?

- ☐ Mniej niż 18 lat
- ☐ 18–24
- ☐ 25–35
- ☐ 36–49
- ☐ 50–64
- ☐ 65–74
- ☐ 75–84
- ☐ 85 lub więcej lat

2. Jakiej jesteś rasy?

- ☐ Biała w tym bliskowschodnia i północnoafrykańska)
- ☐ Czarna lub afroamerykańska
- ☐ Latynoska
- ☐ Azjatycka
- ☐ Rdzenna amerykańska lub alaskańska
- ☐ Rdzenna hawajska lub z wysp Pacyfiku
- ☐ Dwie lub więcej ras lub identyfikuję swoją rasę inaczej (prosimy określić)

_____

3. Jakiej jesteś orientacji seksualnej?

- ☐ Osoba heteroseksualna
- ☐ Gej
- ☐ Lesbijka
- ☐ Osoba biseksualna
- ☐ Queer
- ☐ Osoba panseksualna
- ☐ Osoba aseksualna
- ☐ Wolę nie odpowiadać
- ☐ Nie mam pewności / kwestionuję tożsamość / nie wiem
- ☐ Inna opcja (prosimy określić) _____

4. Aktualna tożsamość płciowa

- ☐ Kobieta
- ☐ Mężczyzna
- ☐ Kobieta transgenderowa
- ☐ Mężczyzna transgenderowy
- ☐ Osoba płciowo niezgodna
- ☐ Osoba niebinarna
- ☐ Płeć X
- ☐ Wolę nie odpowiadać
- ☐ Nie mam pewności / kwestionuję tożsamość / nie wiem
- ☐ Inna opcja (prosimy określić) _____

5. Płeć przypisana po urodzeniu

- ☐ Kobieta
- ☐ Mężczyzna
- ☐ Osoba interseksualna
- ☐ Wolę nie odpowiadać

Dziękujemy za udział w ankiecie. Odpowiedzi pomogą nam się zorientować, jak najlepiej Generalny Plan Wsparcia dla Osób Starszych może się przysłużyć Tobie i Twojej rodzinie. Informacje na temat usług długoterminowych i wsparcia dla osób starszych można uzyskać za pośrednictwem NY Connects pod adresem **www.nyconnects.ny.gov** lub numerem telefonu **800-342-9871**.

Ponadto zdajemy sobie sprawę z tego, że pytania dotyczące wykorzystywania i dyskryminacji osób starszych mogą być emocjonalnie trudne. Jeżeli Ty lub bliska Ci osoba doświadczacie albo zaobserwowaliście przypadki wykorzystywania osób starszych, można złożyć skargę (także anonimowo), kontaktując się z Infolinią Usług Ochrony Osób Dorosłych (Adult Protective Services, APS) stanu Nowy Jork pod numerem **1-844-697-3505.** Można także znaleźć lokalne biuro APS, korzystając z danych pod następującym adresem: **https://ocfs.ny.gov/programs/adult-svcs/contact.php#local-aps**.

Wypełnione ankiety prosimy wysyłać na adres:

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