Генеральный план для пожилых граждан
Общедоступный опрос: Составление плана

NEW YORK STATE | Master Plan for Aging

Штат Нью-Йорк занимается разрабатывает Генеральный план для пожилых граждан (Master Plan for Aging, MPA), в котором будет изложен проект стратегий, которые дадут возможность всем жителям штата Нью-Йорк жить полноценной жизнью, в добром здоровье, со свободой, достоинством и независимостью независимо от возраста. Этот опрос проводится для того, чтобы лучше понять условия жизни и потребности в уходе и обслуживании жителей штата Нью-Йорк, а также темы, которые, по их мнению, должны быть затронуты в MPA.

Ответы, полученные в ходе этого опроса, будут использоваться при выборе стратегий, политик и новых или улучшенных программ для включения в MPA. Этот опрос дает вам возможность сообщить нам, чем MPA может быть полезен для вас и вашей семьи.

Пожалуйста, заполните анкету опроса как можно скорее, но не позднее 31 декабря 2023 года. Анкету этого опроса можно заполнить от имени другого лица с его участием. Предоставленные ответы являются анонимными.

Чтобы больше узнать о MPA, посетите сайт www.ny.gov/mpa. Если у вас есть вопросы об этом опросе, напишите по электронной почте по адресу MPA@health.ny.gov.

1. Вы заполняете эту анкету опроса от имени другого лица?

- ☐ Нет, я не заполняю эту анкету опроса от имени другого лица
- ☐ Да, я заполняю эту анкету опроса от имени другого лица (все последующие ответы относятся к этому другому человеку, а не ко мне)

2. Выберите округ штата Нью-Йорк, в котором вы в основном проживаете. Отметьте только один вариант.

☐ 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. Как бы вы описали место вашего основного проживания? (Выберите один вариант.)

- ☐ Город/городская местность
- ☐ Пригород
- ☐ Сельская местность

4. У вас есть проблемы с доступностью транспорта в вашем районе?

- ☐ Да
- ☐ Нет

5. Если в предыдущем вопросе вы ответили «Да», по какой основной причине вы не можете пользоваться транспортом?

- ☐ Отсутствие информации об имеющихся транспортных услугах
- ☐ Отсутствие технологий, необходимых для доступа к имеющимся транспортным услугам
- ☐ Отсутствие транспортных услуг
- ☐ Отсутствие транспортных услуг, соответствующих требованиям Закона об американцах с ограниченными возможностями (Americans with Disabilities Act, ADA)
- ☐ Не могу разобраться в транспортной системе (включая расписание, маршруты и остановки)
- ☐ Не могу себе позволить транспортные услуги
- ☐ Я не вожу автомобиль
- ☐ Другое (пожалуйста, уточните) _____

6. У вас есть инвалидность, ограничения или ограниченная мобильность?

- ☐ Да
- ☐ Нет

7. Если в предыдущем вопросе вы ответили «Да», можете ли вы утверждать, что ваша инвалидность, ограничения или ограниченная мобильность затрудняют передвижение и пользование транспортом:

- ☐ Большую часть времени
- ☐ Иногда
- ☐ Редко

8. Если вы указали наличие инвалидности, ограничений или ограниченной мобильности в вопросе 6, как бы вы оценили доступность вашего района или населенного пункта? Другими словами, насколько легко, по вашему мнению, люди с инвалидностью, ограничениями или ограниченной мобильностью могут покидать свой дом для получения услуг и участия в жизни сообщества?

- ☐ Высокая доступность; я чувствую себя независимо в своем районе/населенном пункте
- ☐ Умеренная доступность; я могу делать большинство нужных мне дел самостоятельно
- ☐ Невысокая доступность; я могу делать большинство нужных мне дел с посторонней помощью, или мне трудно их делать
- ☐ Полная недоступность

9. Вы сталкиваетесь с дискриминацией (в том числе с дискриминацией в связи с возрастом или ограниченными возможностями) в вашем районе/населенном пункте?

- ☐ Да
- ☐ Нет

10. Если вы ответили «Да» на вопрос 9, как часто вы сталкиваетесь с дискриминацией?

- ☐ Регулярно (например, каждую неделю)
- ☐ Иногда (например, несколько раз в год)
- ☐ Редко (случалось несколько раз, но эпизодически)

11. Как вы считаете, штат Нью-Йорк обеспечивает достаточную защиту от дискриминации или мог бы делать больше?

- ☐ Да, обеспечивается адекватная защита
- ☐ Штат дает хорошую защиту, но мог бы делать больше
- ☐ Штат недостаточно защищает людей от дискриминации

12. Выберите вариант, который точнее описывает условия вашего проживания:

- ☐ Я живу в своем частном жилье
- ☐ Я снимаю частное жилье
- ☐ Я живу с членом семьи
- ☐ Независимое жилье/сообщество для пожилых людей
- ☐ Поддерживающее жилье/сопровождаемое проживание
- ☐ Центр сестринского ухода
- ☐ Другой вид постоянного проживания (пожалуйста, уточните)

_____

13. Стоимость вашего нынешнего проживания создает для вас затруднения?

- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Неприменимо

14. У вас достаточно средств, чтобы удовлетворять свои потребности в еде и питании?

- ☐ Да, у меня достаточно средств для удовлетворения своих потребностей
- ☐ Нет, у меня недостаточно средств для удовлетворения своих потребностей, но я получаю помощь/пособия (от муниципалитета, церкви, правительства, семьи и т. п.)
- ☐ Нет, у меня недостаточно средств для удовлетворения своих потребностей, и я не получаю никакой помощи или пособий

15. Если у вас недостаточно средств для удовлетворения потребностей в еде и питании и вы не получаете никакой помощи или пособий, по какой причине вы не получаете пособия?

- ☐ Я не знаю, какие пособия имеются
- ☐ Я не соответствую условиям для получения пособия
- ☐ Я не хочу получать помощь
- ☐ Неприменимо

16. У вас достаточно средств для удовлетворения своих потребностей в лекарствах?

- ☐ Да, у меня достаточно средств для удовлетворения своих потребностей
- ☐ Нет, у меня недостаточно средств для удовлетворения своих потребностей, но я получаю помощь/пособия (от муниципалитета, церкви, правительства, семьи и т. п.)
- ☐ Нет, у меня недостаточно средств для удовлетворения своих потребностей, и я не получаю никакой помощи или пособий
- ☐ Неприменимо

17. Если у вас недостаточно средств для удовлетворения потребностей в лекарствах и вы не получаете никакой помощи или пособий, по какой причине вы не получаете пособия?

- ☐ Я не знаю, какие пособия имеются
- ☐ Я не знаю, как и где подавать документы для получения пособия
- ☐ Я не соответствую условиям для получения пособия
- ☐ Я не хочу получать помощь
- ☐ Неприменимо

18. Какой у вас статус занятости?

- ☐ Работаю полный рабочий день
- ☐ Работаю неполный рабочий день
- ☐ Безработный/ищу работу
- ☐ Не могу работать и получать пособие по нетрудоспособности
- ☐ На пенсии — по возрасту
- ☐ На пенсии — не по возрасту (вследствие медицинских проблем, нетрудоспособности, несчастного случая, семейных обстоятельств и т. п.)
- ☐ Студент(ка)
- ☐ Домохозяйка

19. Вы планируете переехать из вашего района/населенного пункта после выхода на пенсию?

- ☐ Да
- ☐ Нет

20. Если да, то по какой основной причине вы хотите жить на пенсии в другом месте?

- ☐ Финансы
- ☐ Медицина
- ☐ Погода
- ☐ Место жительства семьи
- ☐ Ситуация ухаживающего лица
- ☐ Другое (пожалуйста, уточните) _____

21. Вы разговариваете с членами семьи, друзьями или окружающими людьми так часто, как вам бы хотелось?

- ☐ Да
- ☐ Нет

22. Как часто вы разговариваете с членами семьи, друзьями или окружающими людьми?

- ☐ Каждый день
- ☐ Каждую неделю
- ☐ Каждый месяц
- ☐ Раз в несколько месяцев
- ☐ Раз в год или реже
- ☐ Никогда

23. У вас дома есть доступ к Интернету?

- ☐ Да
- ☐ Нет

24. Если у вас дома нет доступа к Интернету, то по какой причине?

- ☐ Не могу себе позволить Интернет
- ☐ В моем районе подключения к Интернету нет или оно ненадежное
- ☐ Не хочу пользоваться Интернетом

25. Вы часто проводите время, помогая другим людям выполнять перечисленные ниже дела? Отметьте все подходящие варианты.

- ☐ Выполнение домашних дел
- ☐ Транспорт
- ☐ Покупки (в том числе продуктов, туалетных принадлежностей, одежды и других предметов первой необходимости)
- ☐ Приготовление пищи
- ☐ Управление финансами
- ☐ Запись на прием
- ☐ Прием лекарств
- ☐ Личная гигиена
- ☐ Использование технологий, электроники и/или устройств связи
- ☐ Уход за газоном, уборка снега, уход за домом или ремонт
- ☐ Уход за детьми или домашними животными
- ☐ Помощь в соблюдении религиозных правил, занятиях хобби или другими интересами
- ☐ Перевод на другой язык
- ☐ Помощь в экстренных ситуациях
- ☐ Я не помогаю или не могу помогать другим людям в выполнении вышеперечисленных дел
- ☐ Другое (пожалуйста, уточните) _____

26. Если вы помогаете другим людям выполнять какие-либо дела, указанные в вопросе 25, кому вы оказываете эту помощь? Отметьте все подходящие варианты.

- ☐ Член семьи
- ☐ Друг или подруга
- ☐ Житель моего района или населенного пункта
- ☐ Коллега

27. Если вы помогаете другим людям выполнять какие-либо дела, указанные в вопросе 25, укажите, по какой основной причине вы оказываете эту помощь? Отметьте все подходящие варианты.

- ☐ У человека, которому я помогаю, есть заболевание
- ☐ У человека, которому я помогаю, есть физические ограничения
- ☐ У человека, которому я помогаю, есть психическое, поведенческое или наркологическое расстройство
- ☐ У человека, которому я помогаю, нет ни одного из вышеперечисленных ограничений, но ему слишком трудно выполнять необходимые дела (требуется уход за ребенком, не разбирается в технологиях или электронных устройствах и т. п.)

28. Если вы помогаете другим людям выполнять какие-либо дела, указанные в вопросе 25, как часто вы оказываете эту помощь?

- ☐ В среднем более 30 часов в неделю
- ☐ В среднем 15–30 часов в неделю
- ☐ В среднем 7–14 часов в неделю
- ☐ В среднем менее 7 часов в неделю

29. Если вы помогаете другим людям выполнять какие-либо дела, указанные в вопросе 25, вам требуется для этого дополнительная помощь? Сюда относятся финансовая помощь, программы и другие вспомогательные средства.

- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Неприменимо

30. Вы получаете от других людей помощь в выполнении перечисленных ниже дел? Отметьте все подходящие варианты.

- ☐ Выполнение домашних дел
- ☐ Транспорт
- ☐ Покупки (в том числе продуктов, туалетных принадлежностей, одежды и других предметов первой необходимости)
- ☐ Приготовление пищи
- ☐ Управление моими финансами
- ☐ Запись на прием
- ☐ Прием лекарств
- ☐ Личная гигиена
- ☐ Использование технологий, электроники и/или устройств связи
- ☐ Уход за газоном, уборка снега, уход за домом или ремонт
- ☐ Уход за детьми или домашними животными
- ☐ Соблюдение религиозных правил, занятия хобби или другими интересами
- ☐ Перевод на другой язык
- ☐ Потребности во время экстренных ситуаций
- ☐ Другое (пожалуйста, уточните) _____
- ☐ Неприменимо

31. Если вы получаете от других людей помощь в выполнении каких-либо дел, перечисленных в вопросе 30, кто оказывает вам регулярную помощь? (Отметьте все подходящие варианты.)

- ☐ Член семьи
- ☐ Друг или подруга
- ☐ Житель моего района или населенного пункта
- ☐ Коллега
- ☐ Работник, время которого оплачивается

32. Если вы получаете помощь от других людей, как регулярно вы получаете эту помощь?

- ☐ В среднем более 30 часов в неделю
- ☐ В среднем 15–30 часов в неделю
- ☐ В среднем 7–14 часов в неделю
- ☐ В среднем менее 7 часов в неделю

33. Что вы считаете самой большой трудностью, которая мешает вам сохранять независимость, здоровье и связь в вашем районе/населенном пункте? Выберите до 5 причин.

- ☐ Я не знаю, какие услуги доступны в моем районе/населенном пункте
- ☐ Я не знаю, какое государственное пособие я могу получать, и/или я не знаю, как получить государственное пособие, на которое я имею право (пособия включают, например, Программу дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Программу помощи для отопления жилья (Home Energy Assistance Program, HEAP) и т. д.)
- ☐ Я не соответствую условиям для получения услуг или пособий
- ☐ Я не могу найти/нанять персонал для оказания необходимых мне услуг
- ☐ Доступные мне местные услуги не соответствуют моим потребностям
- ☐ Мне не хватает средств на жилье
- ☐ У меня ограничен или отсутствует доступ к Интернету или широкополосный доступ
- ☐ У меня нет мобильного телефона, планшета или компьютера
- ☐ Я плохо умею пользоваться техникой
- ☐ Поставщики услуг и специалисты в моем районе/населенном пункте не говорят на моем языке и/или не понимают моих культурных привычек
- ☐ Я не доверяю поставщикам услуг и специалистам в моем районе/населенном пункте
- ☐ В моем доме или районе/населенном пункте нет средств обеспечения физической доступности (нет поручней, пандусов, улучшенного освещения, тротуаров, парковок, помещений с доступом для лиц с ограниченными возможностями и т. п.)
- ☐ Мне необходимы, но у меня отсутствуют адаптивное или медицинское оборудование/устройства (больничная кровать, инвалидная коляска, ходунки, трость, кресло-туалет для инвалидов на колесах, слуховой аппарат, очки и т. п.)
- ☐ Мне необходима, но я не получаю помощь в выполнении таких работ по дому, как ремонт дома, работа во дворе и уборка снега
- ☐ Я не могу добраться туда, куда мне нужно (например, мне затруднительно выходить из дома, потому что трудно найти транспорт)
- ☐ У меня есть физические ограничения или ограничения мобильности, из-за которых мне трудно выходить из дома
- ☐ Мои рецептурные лекарства и/или медицинские услуги слишком дорогие
- ☐ Я завишу от других людей, которые принимают за меня решения
- ☐ Отсутствие координации/коммуникации между поставщиками медицинских и социальных услуг
- ☐ Люди относятся ко мне по-разному из-за моего возраста
- ☐ Другое (пожалуйста, уточните) _____
- ☐ Я не считаю, что есть какие-то трудности в связи с сохранением независимости, здоровья и связи в моем районе/населенном пункте

34. Насколько вам известно, какие из следующих пособий и услуг наименее доступны в вашем районе/населенном пункте для всех членов сообщества, но особенно для пожилых людей или лиц с задержками умственного или психического развития? (Выберите все подходящие варианты.)

- ☐ Медицинское лечение
- ☐ Помощь при выполнении обычных домашних дел, совершении покупок, стирке, приготовлении пищи, управлении финансами и т. д.
- ☐ Помощь с купанием, одеванием, уходом за собой, использованием туалета, передвижением, приемом лекарств и т. д.
- ☐ Мелкий ремонт и работы по дому
- ☐ Помощь в получении государственной помощи и пособий
- ☐ Доставка еды и/или помощь в планировании и приготовлении пищи
- ☐ Профилактика жестокого обращения и необходимое вмешательство (например, процедуры для выявления жестокого обращения, сообщения о таких случаях и реагирования на них)
- ☐ Услуги и лечение для людей с психическими и поведенческими расстройствами
- ☐ Услуги и лечение для людей с наркологическими расстройствами
- ☐ Услуги и лечение для людей с задержками умственного и психического развития
- ☐ Услуги и лечение для людей с болезнью Альцгеймера и другими видами деменции
- ☐ Самоконтроль в случае хронических заболеваний
- ☐ Услуги терапии (эрготерапия, лечебная физкультура, логопедия и т. п.)
- ☐ Услуги диализа
- ☐ Транспорт
- ☐ Возможности социализации
- ☐ Координация медицинского обслуживания/кураторское сопровождение
- ☐ Долгосрочный уход в специализированном учреждении (в центре сестринского ухода или сопровождаемого проживания, доме семейного типа и т. п.)
- ☐ Местные услуги, способствующие интеграции и независимости
- ☐ Другое (пожалуйста, уточните) _____

35. Каковы наиболее важные темы, которым, по вашему мнению, должно быть уделено первоочередное внимание в Генеральном плане для пожилых граждан? Выберите до 5 темы.

- ☐ Жилье
- ☐ Возможности взаимодействовать с другими членами сообщества (для общения, занятий хобби и интересами, волонтерства, общественной деятельности, голосования и т. п.)
- ☐ Психические или поведенческие расстройства
- ☐ Наркологические расстройства
- ☐ Потребности людей с задержками умственного и психического развития
- ☐ Потребности людей с болезнью Альцгеймера и другими видами деменции
- ☐ Профилактика жестокого обращения и необходимое вмешательство (включая финансовую эксплуатацию, физическое, сексуальное, эмоциональное, вербальное насилие и пренебрежение)

(Продолжение на следующей странице)

- ☐ Технологии и технологическая безопасность
- ☐ Транспорт
- ☐ Долгосрочные услуги и поддержка в специализированных учреждениях
- ☐ Расширение местных услуг
- ☐ Координация медицинского обслуживания/кураторское сопровождение
- ☐ Наем и удержание специалистов, в том числе оплачиваемых специалистов по уходу и оказанию помощи на дому (помощников по уходу на дому, персональных медицинских помощников, персонала учреждений и программ и т. п. и/или членов семьи или друзей, услуги которых оплачиваются в рамках услуг, управляемых пациентом)
- ☐ Поддержка и льготы для членов семьи, друзей, соседей и других неоплачиваемых ухаживающих лиц, которые помогают людям выполнять повседневные дела
- ☐ Доставка еды и/или помощь в планировании и приготовлении пищи
- ☐ Расширение условий для получения финансовой помощи и субсидируемых услуг через программы государственных пособий (например, по Программе дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Программе помощи для отопления жилья (Home Energy Assistance Program, HEAP) и т. д.)
- ☐ Изменение климата (экстремальная жара, наводнения и т. д.)
- ☐ Предотвращение дискриминации по возрасту (эйджизма) и дискриминации в отношении лиц с ограниченными возможностями (эйблизма)
- ☐ Другое (пожалуйста, уточните) _____
- ☐ Я не считаю, что в Генеральном плане для пожилых граждан должны быть отражены какие-либо приоритетные области.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)

1. К какой возрастной группе вы относитесь?

- ☐ Младше 18 лет
- ☐ 18–24
- ☐ 25–35
- ☐ 36–49
- ☐ 50–64
- ☐ 65–74
- ☐ 75–84
- ☐ 85 лет или старше

2. Какая у вас расовая принадлежность?

- ☐ Белый (включая выходцев с Ближнего Востока и из Северной Африки)
- ☐ Чернокожий или афроамериканец
- ☐ Испаноязычный
- ☐ Азиатского происхождения
- ☐ Американский индеец или коренной житель Аляски
- ☐ Уроженец Гавайских или других островов Тихого океана
- ☐ Две или более рас или другая расовая самоидентификация (пожалуйста, уточните) _____

3. Какая у вас сексуальная ориентация?

- ☐ Гетеросексуал
- ☐ Гей
- ☐ Лесбиянка
- ☐ Бисексуал
- ☐ Квир
- ☐ Пансексуал
- ☐ Асексуал
- ☐ Предпочитаю не отвечать
- ☐ Нет мнения/Сомневаюсь/Не знаю
- ☐ Нет в списке (пожалуйста, уточните) _____

4. Нынешняя гендерная идентичность

- ☐ Женщина
- ☐ Мужчина
- ☐ Трансгендерная женщина
- ☐ Трансгендерный мужчина
- ☐ Гендерно неконформный
- ☐ Небинарный
- ☐ Гендер X
- ☐ Предпочитаю не отвечать
- ☐ Нет мнения/Сомневаюсь/Не знаю
- ☐ Нет в списке (пожалуйста, уточните) _____

5. Пол, обозначенный при рождении

- ☐ Женский
- ☐ Мужской
- ☐ Интерсекс
- ☐ Предпочитаю не отвечать

Благодарим вас за участие в нашем опросе! Ваши ответы помогут определить, как Генеральный план для пожилых граждан может быть полезен вам и вашей семье. Чтобы получить подробную информацию об услугах для пожилых людей, услугах долговременного ухода и поддержке в вашем районе, обратитесь в NY Connects через сайт **www.nyconnects.ny.gov** или по телефону **800-342-9871.**

Мы также понимаем, что вопросы, касающиеся жестокого обращения и дискриминации в отношении пожилых людей могут быть эмоционально трудными. Если вы или кто-то из ваших близких стали жертвой или свидетелем жестокого обращения с пожилыми людьми, вы можете подать жалобу (при желании анонимно), обратившись на горячую линию Службы защиты взрослых штата Нью-Йорк (APS) по телефону **1-844-697-3505.** Вы также можете найти ближайший офис APS, используя контактную информацию по этой ссылке: **https://ocfs.ny.gov/programs/adult-svcs/contact.php#local-aps**.

Отправьте заполненную анкету опроса по адресу:

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