

استبيان تقييم احتياجات وكالة منطقة المقاطعات الثلاث المعنية بالشيخوخة (TCOA)  
استبيان كامل

معلومات أساسية

وكالة منطقة المقاطعات الثلاث المعنية بالشيخوخة (TCOA) هي واحدة من ستة عشر وكالة منطقة المعنية بالشيخوخة (AAA) في ولاية ميشيغان. وتخدم هذه الوكالة العامة غير الربحية المسنين والبالغين ذوي الإعاقة ومقدمي الرعاية في مقاطعات كلينتون، وإيتون، وإنغام. وتدير الوكالة -التي تُمول بموجب قانون المسنين الأمريكيين لسنة 1965، وقانون مواطني ميشيغان المسنين، ومن قبل برنامج ميديكيد، وموارد أخرى- برامج بصفة مباشرة أو من خلال شبكة تضم أكثر من 185 من الشركاء ووكالات تقديم الخدمات.

كل ثلاث سنوات، تضع TCOA خطة متعددة السنوات لتحديد الخدمات والأنشطة التي ستمولها، و/أو تطورها، و/أو تدعمها عند الحصول على تمويلها الفيدرالي والمحلي وتمويلها من الولاية. ويشمل هذا برامج وخدمات مثل خدمات الرعاية المنزلية، والنقل، ودعم مقدمي الرعاية، والخدمات القانونية، وتقديم المعلومات والمساعدة. تسعى TCOA إلى الحصول على معلومات من كبار السن ومقدمي الرعاية ومقدمي الخدمات وغيرهم من الجهات المعنية في المجتمع للاستفادة منها في وضع الخطة الجديدة متعددة السنوات. سيساعد هذا الاستبيان الخاص بتقييم الاحتياجات المجتمعية وكالة TCOA على تركيز مواردها وطاقاتها على أهم احتياجات المجتمع المحلي، كما سيساعد الوكالة على وضع تصور لتطوير برنامجها وجهود دعمه وجمع الأموال اللازمة له.

يُرجى استكمال الاستبيان الوارد أدناه لمساعدة TCOA على تحديد أهم الاحتياجات المتعلقة بكل خدمة من الخدمات التي تقدمها الوكالة في المنطقة، ووضع خطة الخدمات وتقديمها بصفة عامة. سيستغرق استكمال هذا الاستبيان ما يقرب من 10 إلى 15 دقيقة. تُعامل جميع الإجابات الفردية المقدمة بسريّة.

يذ ويمكن إرسالها بالبريد إلى 2019 مارس 31 يتجاوز بغي تقديم الاستبيانات المكتملة في موعد لا ي;

Tri-County Office on Aging  
c/o: Kate Long  
5303 S. Cedar St, Building 1  
Lansing, MI 48911.

إذا كان لديك أيّ أسئلة، فيُرجى توجيهها إلى Kate Long, Planner (كيت لونج، المخططة بالوكالة)، على الرقم:

.517-887-1348

1. في رأيك، ما مدى أهمية حصول كبار السن على البرامج أو الخدمات التالية:

غير مهم	محايد	مهم إلى حد ما	مهم جداً	
				تدريب مقدّمي الرعاية وتوفير مجموعات الدعم
				الخدمات المنزلية الروتينية (العناية بحديقة المنزل، إزالة الثلج، إلخ)
				دور المسنّين، وبرامج المتطوعين، وغيرها من أنشطة المشاركة المجتمعية
				المساعدات المالية الطارئة الخاصة بالمرافق أو المساكن أو الوصفات الطبية
				خدمات التوعية والدعم الخاصة بمنع إساءة معاملة المسنّين
				الخدمات القانونية
				برامج الصحة والعافية
				خدمات إصلاح المنازل أو تعديلها
				الحصول على سكن مناسب بأسعار معقولة
				الحصول على معلومات عن البرامج والخدمات المتاحة
				تقديم المشورة بشأن الخيارات المتاحة للفرد عند التخطيط لقضائه فترة شيخوخته في المنزل

تابع السؤال رقم 1. في رأيك، ما مدى أهمية حصول كبار السنّ على البرامج أو الخدمات التالية:

غير مهمّ	محايد	مهمّ إلى حدّ ما	مهمّ جدًّا	
				خدمات الرعاية المنزلية (احتياجات الرعاية الشخصية، خدمات التدبير المنزلي، إلخ)
				خدمات رعاية الأقرباء (الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 55 عامًا بصفقتهم مقدّمي الرعاية الأولية للأطفال في سنّ 18 عامًا وأصغر)
				الحصول على معلومات مجانية وغير متحيّزة عن برنامج ميديكير وبرنامج ميديكيد
				خدمات الصحة العقلية
				برامج التغذية (برنامج توصيل الوجبات إلى المنازل، الهطاعم الاجتماعية لكبار السنّ، برنامج الأطعمة الصحية الطازجة، برنامج المساعدات الغذائية، إلخ)
				خدمات الرعاية قصيرة الأمد (تُعرف أيضًا باسم خدمات التخفيف عن مقدّمي الرعاية، بما في ذلك خدمات الرعاية المنزلية، وخدمات الرعاية النهارية للبالغين خارج المنزل)
				خدمات الانتقال من مرفق الرعاية التمريضية إلى المنزل
				وسائل المواصلات (بما في ذلك وسائل النقل العام)
				الخدمات المقدّمة للمحاربين القدامى

2. هل هناك أيّ خدمات أخرى غير مدرجة أعلاه تعتقد أنّ الحصول عليها مهمّ جدًّا لكبار السنّ أو مقدّمي الرعاية؟

نعم   
لا

إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، يُرجى ذكر الخدمة (الخدمات):

\_\_\_\_\_

3. هل واجهتكم أيًا من العوائق التالية لتلقي الخدمات في العام الماضي؟ (ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> وسائل المواصلات                      | <input type="checkbox"/> التكلفة  |
| <input type="checkbox"/> عدم القدرة على الاطلاع على المعلومات | <input type="checkbox"/> صعوبة استخدام الهاتف                             |
| <input type="checkbox"/> قوائم الانتظار                       | <input type="checkbox"/> مكان البرامج أو الخدمات بعيد جدًا عن المنزل      |
| <input type="checkbox"/> غير منطبق. لم أواجه أيّ عوائق.       | <input type="checkbox"/> البرامج أو الخدمات ليست في مكان يسهل الوصول إليه |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك _____                        |   |

4. تمويل بعض الخدمات، بما في ذلك خدمات توصيل الوجبات إلى المنازل والخدمات المنزلية، لا يواكب الطلب خاصة مع تزايد عدد كبار السنّ في المنطقة. مع وضع هذا الأمر في الاعتبار، هل تؤيد فرض ضريبة عقارية لعم برامج وخدمات كبار السنّ (مثل برنامج توصيل الوجبات إلى المنازل) ودور المسنّين؟

- نعم  
 لا

لماذا/لم لا؟

وسائل المواصلات

5. هل تقود مركبة؟  نعم  لا

6. أيّ من وسائل النقل التالية تستخدمها بانتظام؟ (ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> دراجة هوائية  | <input type="checkbox"/> مركبات شركات خاصة (بما في ذلك أوبر وليفت "rebU, Lyft") |
| <input type="checkbox"/> حافلات نقل من الباب إلى الباب أو حافلات متخصصة (مثل حافلات SpecTran)  | <input type="checkbox"/> سيارات أجرة  |
| <input type="checkbox"/> حافلات العائلة/الأصدقاء   | <input type="checkbox"/> مركبات متطوعين (من خلال برنامج قيادة المتطوعين)        |
| <input type="checkbox"/> كرسي متحرك آلي  | <input type="checkbox"/> المشي  |
| <input type="checkbox"/> مركبة شخصية   | <input type="checkbox"/> غير ذلك _____  |
| <input type="checkbox"/> حافلة عامة (مثل حافلات هيئة النقل في منطقة العاصمة "CATA"، أو حافلات نظام النقل في مقاطعة كلينتون "Clinton Transit"، أو حافلات هيئة النقل في مقاطعة إيتون "EATRAN") |   |

7. هل يمنعك أيّ ممّا يلي من الحصول على الاحتياجات الأساسية؟ (ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> تكلفة وسائل النقل العام                                  | <input type="checkbox"/> إعاقة/إعاقات بدنية  |
| <input type="checkbox"/> بُعد المسافة (مسافة طويلة جدًا للمشّي)                   | <input type="checkbox"/> عدم ملائمة خيارات خطوط سير/مواعيد                         |
| <input type="checkbox"/> عدم الشعور بالراحة عند القيادة أو عدم القدرة على القيادة | <input type="checkbox"/> حافلات النقل العام  |
| <input type="checkbox"/> عدم توفر وسائل النقل العام                               | <input type="checkbox"/> المنطقة غير آمنة  |
| <input type="checkbox"/> سوء الحالة الصحية  | <input type="checkbox"/> غير منطبق. يمكنني الحصول على احتياجاتي الأساسية دون عناء. |
| <input type="checkbox"/> سوء حالة أرصفة المشاة/الطرق                              | <input type="checkbox"/> غير ذلك _____   |

8. يُرجى تقييم مدى دعم المجتمع المحلي لاحتياجات كبار السنّ في الموضوعات التالية:

ضعيف	مقبول	جيد	ممتاز	
				إمكانية الوصول إلى أطباء يقبلون طريقة الدفع الخاصّة بك (على سبيل المثال: ميديكير، ميديكيد، الخطة الصحية الجماعية لأصحاب العمل)
				إمكانية الحصول على المعلومات والموارد والخدمات الخاصّة بكبار السنّ
				القدرة على تحمّل تكاليف السلع والخدمات
				توفر الفاكهة والخضروات الطازجة
				توفر سكن آمن بأسعار معقولة
				توفر خدمات لدعم مقدّمي الرعاية الأسرية لكبار السنّ
				سهولة الذهاب إلى أماكن تقديم الخدمات (مثل: متجر البقالة، الصيدليات، عيادات الأطباء...)

يُرجى مشاركة تعليقاتك هنا فيما يتعلق بمدى دعم مجتمعك لاحتياجات كبار السنّ:

---



---



---

9. أيّ من الأنشطة المجتمعية التالية تشارك فيها؟ (ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

- |                          |                               |                          |   |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | أنشطة دينية/روحية             | <input type="checkbox"/> | تدريبات رياضية/لياقة بدنية                      |
| <input type="checkbox"/> | أنشطة اجتماعية                | <input type="checkbox"/> | أنشطة مرتبطة بهوايات/اهتمامات                   |
| <input type="checkbox"/> | أنشطة رياضية                  | <input type="checkbox"/> | أنشطة مرتبطة بقضايا معينة (مثل الأنشطة البيئية) |
| <input type="checkbox"/> | أنشطة محاربين قدامى/عسكريين   | <input type="checkbox"/> | أنشطة تحت رعاية مكاتب                           |
| <input type="checkbox"/> | أنشطة تطوعية                  | <input type="checkbox"/> | أنشطة تحت رعاية متنزّهات وأماكن ترفيهية         |
| <input type="checkbox"/> | لا أشارك في أيّ أنشطة مجتمعية | <input type="checkbox"/> | لقاءات حكومية محلية                             |
| <input type="checkbox"/> | غير ذلك                       | <input type="checkbox"/> | دور مستنّين                                     |

10. هل يمنعك أيّ ممّا يلي من المشاركة في أنشطة مجتمعية؟ (ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

- |                          |  |                          |                                |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | وسائل المواصلات                                  | <input type="checkbox"/> | عدم توافق الأنشطة مع اهتماماتي |
| <input type="checkbox"/> | غير منطبق. يمكنني المشاركة في الأنشطة المجتمعية. | <input type="checkbox"/> | التكلفة                        |
| <input type="checkbox"/> | غير ذلك  | <input type="checkbox"/> | لا أعرف كيف أجد خيارات بديلة   |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | سوء الحالة الصحية              |

11. ما نوع خيارات الإسكان الآمن والمناسب وميسور التكلفة في منطقة المقاطعات الثلاث؟ (ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

- |                          |                           |                          |   |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | القرى المخصّصة للمتقاعدين | <input type="checkbox"/> | مرافق الرعاية الدائمة (بما في ذلك دور رعاية البالغين) |
| <input type="checkbox"/> | شقق مستنّين               | <input type="checkbox"/> | استئجار مسكن  |
| <input type="checkbox"/> | غير ذلك                   | <input type="checkbox"/> | تملك مسكن   |

12. ما العوائق التي تحول دون العثور على سكن آمن ومناسب وميسور التكلفة في منطقة المقاطعات الثلاث؟ (ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

- |                          |  |                          |   |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | محدودية المساكن المناسبة بدنيًا (الخالية من العوائق) | <input type="checkbox"/> | عدم قبول الحيوانات الأليفة                                |
| <input type="checkbox"/> | عمليات الإخلاء/حبس الرهن السابقة                     | <input type="checkbox"/> | محدودية المساكن/قوائم الانتظار                            |
| <input type="checkbox"/> | غير منطبق. لم أواجه أيّ عوائق.                       | <input type="checkbox"/> | التكلفة   |
| <input type="checkbox"/> | غير ذلك (يُرجى التحديد)                              | <input type="checkbox"/> | عدد أفراد الأسرة المعيشية                                 |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | نقص الوثائق أو عدم وجودها                                 |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | التحقّق المطلوب من السجل الائتماني/السجل الائتماني السيّء |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | التحقّق المطلوب من السوابق الجنائية/السجل الجنائي         |

13. كيف تتلقى حاليًا معلومات عن البرامج والخدمات المتاحة في المجتمع المحلي؟ (ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

- |                          |  |                          |   |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | وسائل التواصل الاجتماعي (فيسبوك، تويتر، إلخ)             | <input type="checkbox"/> | الخدمات المجتمعية لمنطقة العاصمة (CACS)   |
| <input type="checkbox"/> | وسائل الإعلام التقليدية (الصحف، التلفزيون، الإذاعة، إلخ) | <input type="checkbox"/> | الأسرة                                    |
| <input type="checkbox"/> | وكالة منطقة المقاطعات الثلاث المعنية بالشيخوخة (TCOA)    | <input type="checkbox"/> | الأصدقاء                                  |
| <input type="checkbox"/> | 211  | <input type="checkbox"/> | منظمة جامعة ولاية ميشيغان (MSU Extension) |
| <input type="checkbox"/> | برنامج المحاربين القدامى                                 | <input type="checkbox"/> | مكان العبادة                              |
| <input type="checkbox"/> | الإنترنت/محركات البحث/المواقع الإلكترونية                | <input type="checkbox"/> | المكتبة العامة                            |
| <input type="checkbox"/> | غير ذلك  | <input type="checkbox"/> | المجموعات الاجتماعية                      |

14. كيف ترغب في تلقي معلومات حول البرامج والخدمات المتاحة؟ (ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

- |                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | وسائل الإعلام التقليدية (الصحف، التلفزيون، الإذاعة، إلخ) | <input type="checkbox"/> | البريد الإلكتروني                            |
| <input type="checkbox"/> | الموقع الإلكتروني  | <input type="checkbox"/> | مقابلة شخصية                                 |
| <input type="checkbox"/> | غير ذلك  | <input type="checkbox"/> | البريد                                       |
|                          |  | <input type="checkbox"/> | وسائل التواصل الاجتماعي (فيسبوك، تويتر، إلخ) |
|                          |  | <input type="checkbox"/> | الهاتف                                       |

15. هل تفضل الحصول على المعلومات بلغة غير الإنجليزية؟

لا

نعم، أفضل اللغة

## الوضع المعيشي

16. ما هو وضعك المعيشي؟ أنا أعيش... (ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | بمفردي                           |
| <input type="checkbox"/> | مع زوج/شريك (زوجة/شريكة)         |
| <input type="checkbox"/> | مع أطفال البالغين                |
| <input type="checkbox"/> | مع أطفال القصر                   |
| <input type="checkbox"/> | مع فرد آخر/أفراد آخرين من الأسرة |
| <input type="checkbox"/> | مع واحد أو أكثر من شركاء الغرفة  |
| <input type="checkbox"/> | في منزل مستقل للأسرة             |
| <input type="checkbox"/> | في دار رعاية مسنين               |
| <input type="checkbox"/> | في شقة مملوكة/مستأجرة (Condo)    |
| <input type="checkbox"/> | في شقة مستأجرة                   |
| <input type="checkbox"/> | في منزل شخص آخر                  |
| <input type="checkbox"/> | غير ذلك                          |

17. هل تنوي الاستمرار في العيش في منزلك الحالي في السنوات الخمس إلى العشر القادمة؟

- نعم  
 لا

18. هل تخطّط لإجراء أيّ تعديلات في منزلك لمساعدتك على قضاء فترة شيخوختك في منزلك؟

- نعم  
 لا

19. هل تستطيع تحمّل تكاليف إجراء التعديلات المنزلية اللازمة للبقاء في منزلك؟

- نعم  
 لا

20. هل لديك عائلة أو أصدقاء مقربين يعيشون على بُعد حوالي ساعة واحدة من منزلك؟

- نعم  
 لا

21. هل تحصل على مساعدة لإعانتك على دفع قيمة الفواتير أو الاحتياجات الأساسية (طعام، ملابس، أدوية)؟

- نعم  
 لا



## حالة مقدّم الرعاية

يُرجى توضيح ما إذا كنت تقدّم خدمات رعاية غير مدفوعة الأجر لمساعدة مسنّ على العيش بشكل مريح وباستقلالية في وسط خاصّ.

22. هل تقدّم حاليًا خدمات رعاية غير مدفوعة الأجر لشخص بالغ آخر؟

نعم  
 لا

إذا كانت إجابتك بـ "نعم" على السؤال السابق (رقم 22)، فيُرجى الإجابة على الأسئلة التالية بشأن الشخص الذي تقدّم له خدمات رعاية غير مدفوعة الأجر.

إذا كانت إجابتك بـ "لا"، فيُرجى الانتقال إلى الأسئلة المتعلقة بالبيانات الديموغرافية، بدءًا من السؤال رقم 34.

23. ما عمر الشخص الذي تقدّم له خدمات الرعاية؟

79-75	<input type="checkbox"/>	60-18	<input type="checkbox"/>
84-80	<input type="checkbox"/>	64-60	<input type="checkbox"/>
85 أو أكبر	<input type="checkbox"/>	69-65	<input type="checkbox"/>
		74-70	<input type="checkbox"/>

24. ما نوع جنس الشخص الذي تقدّم له خدمات الرعاية؟

ذكر  أنثى  غير ذلك \_\_\_\_\_

25. كم يبعد منزلك عن هذا الشخص؟

<input type="checkbox"/> أعيش معه في المنزل نفسه	<input type="checkbox"/> 1-3 ساعات
<input type="checkbox"/> في حدود 1/2 ساعة	<input type="checkbox"/> أكثر من 3 ساعات
<input type="checkbox"/> 1 - 1/2 ساعة	

26. هل أنت مقدّم الرعاية الوحيد لهذا الشخص؟

نعم  
 لا

تعليق: \_\_\_\_\_

27. ما علاقتك بهذا الشخص؟

<input type="checkbox"/> ابنة	<input type="checkbox"/> ابن
<input type="checkbox"/> زوجة ابن	<input type="checkbox"/> زوج ابنة
<input type="checkbox"/> صديق/جار (صديقة/جارّة)	<input type="checkbox"/> زوج/شريكة (زوجة/شريكة)
<input type="checkbox"/> والد/والدة	<input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرجى التحديد) _____

28. كم عدد المرات التي تقدّم فيها خدمات الرعاية الشخصية لهذا الشخص؟

<input type="checkbox"/> يوميًا	<input type="checkbox"/> عدّة مرات في الشهر
<input type="checkbox"/> عدّة مرات في الأسبوع	<input type="checkbox"/> شهريًا
<input type="checkbox"/> أسبوعيًا	<input type="checkbox"/> أقل من مرة في الشهر

تعليق: \_\_\_\_\_

29. ما نوع خدمات الرعاية التي تقدّمها؟ (ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> مراقبة الحالة الصحية (ضغط الدم، السكري، إلخ)             | <input type="checkbox"/> ترتيب المواعيد (مواعيد زيارة الطبيب، إلخ)           |
| <input type="checkbox"/> العناية الشخصية (الاستحمام، ارتداء الملابس، وما إلى ذلك) | <input type="checkbox"/> الرفقة/الأنشطة الاجتماعية                           |
| <input type="checkbox"/> التسوق/قضاء بعض المهام                                   | <input type="checkbox"/> تنسيق خدمات الرعاية (الزيارات الصحية المنزلية، إلخ) |
| <input type="checkbox"/> الدعم الروحي   | <input type="checkbox"/> المساعدة في ارتداء الملابس                          |
| <input type="checkbox"/> الإشراف على السلامة                                      | <input type="checkbox"/> الإطعام/التغذية                                     |
| <input type="checkbox"/> أخذ الأدوية  | <input type="checkbox"/> الدعم العاطفي                                       |
| <input type="checkbox"/> الانتقالات   | <input type="checkbox"/> إدارة الشؤون المالية/إدارة الأموال                  |
| <input type="checkbox"/> المساعدة في المشي/الانتقال بكرسي متحرك                   | <input type="checkbox"/> التدبير المنزلي                                     |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك _____  | <input type="checkbox"/> إعداد الوجبات                                       |

30. هل الشخص الذي تقدّم له الرعاية يعاني من الخَرَف (بما في ذلك مرض الزهايمر)؟

- نعم  
 لا

31. هل يمكن ترك الشخص الذي تقدّم له الرعاية بمفرده؟

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> نعم، هو يعيش بمفرده      | <input type="checkbox"/> نعم، بضع ساعات، ولكن ليس في فترة الليل |
| <input type="checkbox"/> نعم، بضعة أيام كل فترة   | <input type="checkbox"/> نعم، ساعة واحدة أو أقل                 |
| <input type="checkbox"/> نعم، يوم واحد/ليلة واحدة | <input type="checkbox"/> لا، لا يمكن تركه بمفرده                |

32. أيّ من الخدمات التالية تود لو أنّها كانت متاحة أكثر؟ (ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> الزيارات الودية   | <input type="checkbox"/> إمكانية الوصول إلى المعلومات و/أو الموارد                |
| <input type="checkbox"/> رعاية الأقرباء  | <input type="checkbox"/> الرعاية النهارية للبالغين                                |
| <input type="checkbox"/> الخدمات الخاصّة بالمثلثيات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية (LGBT) | <input type="checkbox"/> إدارة خدمات الرعاية/تنسيق الحالة                         |
| <input type="checkbox"/> استشارات الصحة العقلية  | <input type="checkbox"/> الخدمات الروتينية (مثل إزالة الثلج)                      |
| <input type="checkbox"/> وسائل النقل الخاصّة مدفوعة الأجر  | <input type="checkbox"/> منع إساءة معاملة المسنّين أو إهمالهم، والخدمات ذات الصلة |
| <input type="checkbox"/> وسائل النقل العام   | <input type="checkbox"/> البرامج التدريبية المختصّة بللشيخوخة الصحية              |
| <input type="checkbox"/> خدمات التخفيف عن مقدّمي الرعاية   | <input type="checkbox"/> (مثل البرنامج التدريبي لحفظ التوازن "rettaM fo")         |
| <input type="checkbox"/> دور المسنّين  | <input type="checkbox"/> مدبّر (مدبّرة) المنزل/التدبير المنزلي                    |
| <input type="checkbox"/> غير منطبق. يمكنني الحصول ما أحتاجه من دعم أو خدمات.                                       | <input type="checkbox"/> توصيل الوجبات للمنازل                                    |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك _____   | <input type="checkbox"/> الرعاية الصحية المنزلية                                  |
|  | <input type="checkbox"/> تعديل المنازل أو إصلاحها                                 |

33. أيّ ممّا يلي تفعله لرعاية نفسك؟ (ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ممارسة تقنيات الاسترخاء (التأمّل، التنفس العميق، إلخ) | <input type="checkbox"/> الأنشطة أو الهوايات      |
| <input type="checkbox"/> الاختلاء بنفسك بعض الوقت                              | <input type="checkbox"/> النوم الكافي             |
| <input type="checkbox"/> قضاء بعض الوقت مع الأصدقاء                            | <input type="checkbox"/> طلب المساعدة             |
| <input type="checkbox"/> أجد صعوبة في رعاية نفسي                               | <input type="checkbox"/> الأكل الصحي              |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك _____   | <input type="checkbox"/> ممارسة التمارين الرياضية |
|  | <input type="checkbox"/> الحفاظ على مواعيد الطبيب |

## البيانات الديموغرافية

34. ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة) أنا:

شخص مسنّ (فوق 60 عامًا)

شخص ذو إعاقة

مقدّم رعاية (أقدم خدمات رعاية لشخص مسنّ)

جد/جدة أرعى حفيدي/حفيدتي (أحفادي) (فوق

55 عامًا)

مقدّم خدمات (أقدم خدمات مهنية لشخص مسنّ)

غير ذلك

35. ما هو عمرك الحالي؟

أقل من 60

64-60

69-65

74-70

79-75

84-80

85 أو أكبر

36. ما هو عرقك؟ (اختياري - ضع علامة أمام جميع الخيارات المنطبقة)

هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين

آسيوي أو أمريكي من أصل آسيوي

من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ

أسود أو أمريكي أفريقي

أبيض/قوقازي

أفضل عدم الإجابة

متعدد الأعراق: \_\_\_\_\_

37. هل أنت من أصل إسباني أو لاتيني؟

نعم

لا

أفضل عدم الإجابة

38. ما هو نوع جنسك

ذكر

أنثى

أفضل عدم الإجابة

غير ذلك (يرجى التحديد): \_\_\_\_\_

93. هل تُعرّف نفسك بأيّ ممّا يلي؟

مثلي

مثلية

مزدوج الميل الجنسي

مغاير الهوية الجنسية

لا شيء ممّا سبق

أفضل عدم الإجابة

40. إذا كنت تُعرّف نفسك بأنك مثلي/مثلية، و/أو مزدوج/مزدوجة الميل الجنسي، و/أو مغاير/مغايرة الهوية الجنسية، فهل يمكنك الحصول على البرامج أو الخدمات التي تلبي احتياجاتك الخاصة؟

غير منطبق.  
 نعم  
 لا

إذا كانت إجابتك بـ "لا"، فيرجى التوضيح: \_\_\_\_\_

41. ما هو رمزك البريدي؟ \_\_\_\_\_

شكرًا لك على الوقت الذي خصّصته لمشاركة أفكارك. وكالة منطقة المقاطعات الثلاث المعنية بالشيخوخة تقدر مساهمتك. إذا كان لديك أيّ تعليقات إضافية حول هذه القضايا أو غيرها من القضايا المتعلقة بكبار السنّ في مقاطعات كلينتون وإنغام وإيتون، فيرجى مشاركتها هنا.  
شكرًا لك!

42. هل لديك أيّ تعليقات أو أسئلة أو مخاوف أخرى؟

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

إذا كنت ترغب في تلقي تحديثات عبر البريد الإلكتروني بشأن البرامج والخدمات التي تقدّمها وكالة منطقة المقاطعات الثلاث المعنية بالشيخوخة؛ فيرجى مشاركة عنوان بريدك الإلكتروني أدناه. لن يتم ربط هذه المعلومات بإجابات الاستبيان وستُعامل بسريّة. سنقوم بإزالة الصفحة الأخيرة هذه عند استلام الاستبيان لضمان عدم الكشف عن هويتك. لا نشترى أبداً عناوين البريد الإلكتروني أو نبيعها أو نشاركها مع منظمات خارجية.

إذا كنت تفضّل التسجيل عبر الإنترنت لتلقي تحديثات TCOA من خلال البريد الإلكتروني، فيرجى زيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط: [www.tcoa.org/contact](http://www.tcoa.org/contact)، والنزول إلى أسفل الصفحة وصولاً إلى ”subscribe to our email list“ (الاشتراك في قائمة البريد الإلكتروني الخاصة بنا).

الاسم

---

الشركة

---

البريد الإلكتروني

---