

**Encuesta de evaluación de necesidades del
Tri-County Office on Aging
Encuesta completa**

Antecedentes

El Tri-County Office on Aging (TCOA, o en español, el Departamento de los Tres Condados para la Tercera Edad) es uno de los dieciséis organismos para la tercera edad en Michigan. Este organismo público, sin fines de lucro, atiende a personas mayores, a adultos con discapacidades y a cuidadores en los condados de Clinton, Eaton e Ingham. Fundado a partir de la ley sobre personas de edad avanzada de los Estados Unidos de 1965, de la ley sobre personas de edad avanzada de Michigan y otras fuentes, se centra en la administración de programas de forma directa o a través de una red de más de ciento ochenta y cinco proveedores de servicios, ya sean independientes o agencias.

Cada tres años, el TCOA desarrolla un plan de varios años que describe los servicios y actividades que patrocinará, llevará a cabo o promoverá al obtener fondos federales, estatales y locales. Esto incluye programas y servicios como servicios de cuidado en casa, transporte, apoyo para cuidadores, servicios legales, información y asistencia. Para el desarrollo del nuevo plan de varios años, el TCOA busca la opinión de adultos mayores, cuidadores, proveedores de servicios y demás personas interesadas de la comunidad. Este cuestionario de evaluación de las necesidades de la comunidad ayudará al TCOA a focalizar sus recursos y esfuerzos en las necesidades más importantes de la comunidad. Además, ayudará a darle forma al trabajo del departamento en cuanto al desarrollo del programa, a la obtención del financiamiento y a los esfuerzos de promoción.

Complete el siguiente cuestionario para ayudar al TCOA a determinar las necesidades más importantes de cada área de servicio y de la planificación y del servicio en general. Le tomará de 10 a 15 minutos completar el cuestionario. Las respuestas de todos los encuestados serán confidenciales.

Debe entregar la encuesta completada a más tardar el 31 de marzo de 2019, y puede enviarla por correo postal a la siguiente dirección:

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

Si tiene alguna pregunta, comuníquese directamente con Kate Long, Planificadora, al teléfono 517-887-1348.

Programas y servicios

1. Indique qué tan importante es para los adultos mayores tener acceso a los siguientes programas y servicios:

	Muy importante	Relativamente importante	Imparcial	Sin importancia
Capacitación de cuidadores y grupos de apoyo				
Servicios de mantenimiento básico (cuidado del césped, retiro de nieve, etc.)				
Centros para adultos mayores, programas de voluntarios y otras actividades de participación en la comunidad				
Apoyo financiero de emergencia para servicios públicos, vivienda y medicamentos				
Capacitación y apoyo para la prevención del maltrato de adultos mayores				
Servicios legales				
Programas de salud y bienestar				
Servicios de reparación o modificación de vivienda				
Viviendas económicas y accesibles				
Información sobre la disponibilidad de programas y servicios				
Asesoría sobre las opciones cuando se considera envejecer en un lugar				

Pregunta 1, continuación. Indique qué tan importante es para los adultos mayores tener acceso a los siguientes programas y servicios:

	Muy importante	Relativamente importante	Imparcial	Sin importancia
Servicios de cuidados en casa (necesidades de cuidado personal, servicios de limpieza, etc.)				
Servicios de cuidados de familiares (personas de 55 años o mayores que son los principales cuidadores de niños de 18 años o menores)				
Información gratuita e imparcial sobre Medicare y Medicaid				
Servicios de salud mental				
Programas de nutrición (Meals on Wheels [<i>programa que lleva comida a casa a quienes no pueden prepararla</i>], comedores, Project Fresh [<i>programa de nutrición basado en mercados de productos locales</i>], asistencia para alimentos, etc.)				
Servicios de descanso del cuidado (es decir, descanso para los cuidadores, incluidos los servicios de cuidado en casa y los servicios de guardería para adultos fuera de casa)				
Servicios de transición desde asilos de ancianos que les permiten a las personas regresar a casa después de residir en un asilo de ancianos				
Transportación (incluido el transporte público)				
Servicios para veteranos				

2. ¿Cree que los adultos mayores y los cuidadores deben tener acceso a otros servicios importantes que no se hayan enumerado?
- Sí
 No

En caso afirmativo, sírvase enumerar los servicios: _____

3. ¿Ha tenido alguno de los siguientes obstáculos para recibir servicios durante el último año? (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Costo | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para usar el teléfono | <input type="checkbox"/> No se puede encontrar información |
| <input type="checkbox"/> El lugar de los programas o servicios está muy lejos de casa | <input type="checkbox"/> Listas de espera |
| <input type="checkbox"/> Los programas o servicios no están en un lugar accesible | <input type="checkbox"/> No corresponde. No he tenido ningún obstáculo. |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

4. El financiamiento para algunos servicios, incluidos el programa Meals on Wheels y los servicios en casa, no está a la altura de la demanda, especialmente por el creciente número de adultos mayores en el área. Con esto en mente, ¿estaría de acuerdo en un impuesto para apoyar los programas y servicios para adultos mayores como el programa Meals on Wheels o los centros para adultos mayores?

- Sí
 No

¿Por qué? / ¿Por qué no? _____

Transporte

5. ¿Conduce algún vehículo? Sí No

6. ¿Cuáles de los siguientes medios de transporte utiliza regularmente? (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bicicleta | <input type="checkbox"/> Contrata el servicio de una empresa privada (incluidos Uber y Lyft) |
| <input type="checkbox"/> Autobús puerta a puerta o especializado (p. ej. Spectran) | <input type="checkbox"/> Servicios de taxi |
| <input type="checkbox"/> Familiares / amigos | <input type="checkbox"/> Programa de conductores voluntarios |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada | <input type="checkbox"/> Camina |
| <input type="checkbox"/> Vehículo particular | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Autobús público (p. ej. CATA, Clinton Transit o EATRAN) | |

7. ¿Algunas de las siguientes circunstancias le impiden el acceso a necesidades básicas? (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Costo del transporte público | <input type="checkbox"/> Discapacidad(es) física(s) |
| <input type="checkbox"/> Distancia (muy lejos para caminar) | <input type="checkbox"/> Disponibilidad de rutas / horarios del transporte público |
| <input type="checkbox"/> No puede conducir o no se siente cómodo haciéndolo | <input type="checkbox"/> Área insegura |
| <input type="checkbox"/> No hay transporte público | <input type="checkbox"/> No corresponde. Tengo acceso a mis necesidades básicas sin ningún problema. |
| <input type="checkbox"/> Mala salud | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Aceras y caminos en malas condiciones | |

Participación cívica / comunitaria

8. Indique cómo es el apoyo que ofrece su comunidad local para las necesidades de los adultos mayores en las áreas siguientes:

	Excelente	Bueno	Aceptable	Inadecuado
Acceso a médicos que acepten su forma de pago (p. ej. Medicare, Medicaid, seguro de gastos médicos grupal de una empresa)				
Acceso a información, recursos y servicios para adultos mayores				
Asequibilidad de los bienes y servicios				
Disponibilidad de frutas y verduras frescas				
Disponibilidad de vivienda segura y económica				
Disponibilidad de servicios para apoyar a los familiares que cuidan adultos mayores				
Facilidad de llegar a diferentes lugares (supermercado, farmacia, consultorio médico)				

Escriba aquí sus comentarios en cuanto al apoyo de su comunidad para las necesidades de los adultos mayores: _____

9. ¿En cuáles de las siguientes actividades comunitarias participa? (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ejercicio / condición física | <input type="checkbox"/> Centro de adultos mayores |
| <input type="checkbox"/> Pasatiempo / actividades de interés | <input type="checkbox"/> Actividades religiosas / espirituales |
| <input type="checkbox"/> Actividades relacionadas con problemas (p. ej. ambientales) | <input type="checkbox"/> Actividades sociales |
| <input type="checkbox"/> Actividades patrocinadas por la biblioteca | <input type="checkbox"/> Actividades deportivas |
| <input type="checkbox"/> Actividades patrocinadas por la Administración de Parques y Recreación | <input type="checkbox"/> Actividades militares o para veteranos |
| <input type="checkbox"/> Reuniones del gobierno local | <input type="checkbox"/> Voluntariados |
| | <input type="checkbox"/> No participo en actividades comunitarias |
| | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

10. ¿Alguna de las circunstancias siguientes le impide participar en actividades comunitarias? (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Las actividades no son de mi interés | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Costo | <input type="checkbox"/> No corresponde. Puedo participar en actividades comunitarias. |
| <input type="checkbox"/> No sé cómo encontrar alternativas | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Mala salud | |

11. ¿Qué tipo de alternativas de vivienda accesible y económica se necesitan en el área de los tres condados? (Marque todas las que correspondan).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Opciones con asistencia para la vida (incluido el cuidado temporal de adultos) | <input type="checkbox"/> Propiedad de viviendas |
| <input type="checkbox"/> Renta de viviendas | <input type="checkbox"/> Villas de retiro |
| | <input type="checkbox"/> Departamentos para adultos mayores |
| | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

12. ¿Cuáles son los obstáculos para encontrar viviendas seguras, accesibles y económicas en el área de los tres condados? (Marque todos los que correspondan).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Que se acepten mascotas | <input type="checkbox"/> Adaptaciones para el acceso físico (sin barreras) |
| <input type="checkbox"/> Disponibilidad / listas de espera | <input type="checkbox"/> Desalojos previos / ejecuciones hipotecarias |
| <input type="checkbox"/> Costo | <input type="checkbox"/> No corresponde. No he tenido ningún obstáculo. |
| <input type="checkbox"/> Tamaño de la vivienda | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Falta de documentación | |
| <input type="checkbox"/> Se requiere verificación crediticia / historial crediticio inadecuado | |
| <input type="checkbox"/> Se requiere verificación de antecedentes penales / historial delictivo | |

Información y ayuda

13. Actualmente, ¿cómo recibe información sobre los programas y servicios disponibles en la comunidad? (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Capital Area Community Services (CACS, Servicios Comunitarios del Área Capital) | <input type="checkbox"/> Medios de comunicación tradicionales (periódico, TV, radio, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Familiares | <input type="checkbox"/> Tri-County Office on Aging (TCOA) |
| <input type="checkbox"/> Amigos | <input type="checkbox"/> 211 |
| <input type="checkbox"/> Extensión de la MSU | <input type="checkbox"/> Programa de veteranos |
| <input type="checkbox"/> Lugar de culto | <input type="checkbox"/> Internet / motores de búsqueda / páginas web |
| <input type="checkbox"/> Biblioteca pública | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Grupos sociales | |
| <input type="checkbox"/> Redes sociales (Facebook, Twitter, etc.) | |

14. ¿Cómo le gusta recibir la información sobre los programas y servicios disponibles? (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico | <input type="checkbox"/> Teléfono |
| <input type="checkbox"/> En persona | <input type="checkbox"/> Medios de comunicación tradicionales (periódico, TV, radio, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Correo postal | <input type="checkbox"/> Página web |
| <input type="checkbox"/> Redes sociales (Facebook, Twitter, etc.) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

15. ¿Le gustaría recibir información en un idioma distinto del inglés?

- No
 Sí, prefiero el _____

Vivienda

16. ¿Cómo vive? Vivo: (Marque todas las que correspondan).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solo | <input type="checkbox"/> En una casa unifamiliar |
| <input type="checkbox"/> Con un cónyuge / pareja | <input type="checkbox"/> En un hogar para adultos mayores |
| <input type="checkbox"/> Con hijos adultos | <input type="checkbox"/> En un condominio |
| <input type="checkbox"/> Con hijos menores de edad | <input type="checkbox"/> En un departamento |
| <input type="checkbox"/> Con otros familiares | <input type="checkbox"/> En casa de otra persona |
| <input type="checkbox"/> Con uno o más compañeros de vivienda | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

17. ¿Piensa continuar viviendo en su vivienda actual durante los siguientes 5 a 10 años?

- Sí
 No

18. ¿Ha considerado hacer alguna modificación a su vivienda para poder envejecer en ella?

- Sí
 No

19. ¿Puede pagar el costo de las modificaciones necesarias para permanecer en su vivienda?

- Sí
 No

20. ¿Tiene familiares o amigos cercanos que vivan a menos de una hora de su casa?

- Sí
 No

21. ¿Recibe ayuda para pagar las cuentas o sus necesidades básicas (comida, ropa, medicamentos)?

- Sí
 No

Condición de cuidador

Indique si proporciona servicios no remunerados de cuidado de adultos mayores para que vivan cómoda e independientemente en un lugar privado.

22. ¿Actualmente proporciona cuidados no remunerados a otro adulto?

- Sí
 No

Si contestó afirmativamente la pregunta anterior (núm. 22), conteste las preguntas siguientes sobre la persona a quien le proporciona el servicio no remunerado de cuidado.

Si contestó negativamente, pase a la pregunta núm. 34 sobre demografía.

23. ¿Qué edad tiene la persona que cuida?

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

24. ¿Cuál es el género de la persona que cuida?

- Masculino Femenino Otro _____

25. ¿Qué tan lejos vive de esta persona?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> En la misma casa | <input type="checkbox"/> De 1-3 horas |
| <input type="checkbox"/> A 1/2 hora | <input type="checkbox"/> Más de 3 horas |
| <input type="checkbox"/> Entre 1/2 y 1 hora | |

26. ¿Es el único cuidador de esta persona?

- Sí
 No

Comentario: _____

27. ¿Cuál es su relación con esta persona?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hija | <input type="checkbox"/> Hijo |
| <input type="checkbox"/> Nuera | <input type="checkbox"/> Yerno |
| <input type="checkbox"/> Amigo/vecino | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre _____ | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |

28. ¿Cuán a menudo ayuda personalmente a esta persona?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes |
| <input type="checkbox"/> Varias veces a la semana | <input type="checkbox"/> Varias veces al mes | |
| | <input type="checkbox"/> Mensualmente | |

Comentario: _____

29. ¿Qué tipo de cuidados le ofrece? (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Citas (médico, etc.) | <input type="checkbox"/> Cuidado personal (bañarse, vestirse, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Compañía / actividades sociales | <input type="checkbox"/> Compras / encargos |
| <input type="checkbox"/> Coordinar el cuidado (visitas a domicilio sobre la salud, etc.) | <input type="checkbox"/> Apoyo espiritual |
| <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> Supervisión de seguridad |
| <input type="checkbox"/> Comer / alimentarse | <input type="checkbox"/> Administración de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Apoyo emocional | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Finanzas / administración financiera | <input type="checkbox"/> Caminar / desplazarse en la silla de ruedas |
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Preparación de comidas | |
| <input type="checkbox"/> Supervisión de la salud (presión sanguínea, diabetes, etc.) | |

30. ¿La persona que cuida tiene demencia (incluida la enfermedad de Alzheimer)?

- Sí
 No

31. ¿La persona que cuida puede quedarse sola?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí, la persona vive sola | <input type="checkbox"/> Sí, algunas horas / no toda la noche |
| <input type="checkbox"/> Sí, algunos días por vez | <input type="checkbox"/> Sí, una hora o menos |
| <input type="checkbox"/> Sí, un día / una noche | <input type="checkbox"/> No, no se puede quedar sola |

32. ¿Cuáles de los siguientes servicios desearía que tuvieran mayor disponibilidad? (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acceso a información y/o recursos | <input type="checkbox"/> Modificaciones o reparaciones de la vivienda |
| <input type="checkbox"/> Guardería para adultos | <input type="checkbox"/> Visitas amistosas |
| <input type="checkbox"/> Administración del cuidado / coordinación del caso | <input type="checkbox"/> Cuidado de familiares |
| <input type="checkbox"/> Servicios de mantenimiento básico (p. ej. retiro de nieve) | <input type="checkbox"/> Servicios especiales para la comunidad LGBT |
| <input type="checkbox"/> Prevención de maltrato / descuido de adultos mayores y servicios relacionados | <input type="checkbox"/> Asesoría sobre salud mental |
| <input type="checkbox"/> Programas de capacitación sobre el envejecimiento saludable (p. ej., Matter of Balance) | <input type="checkbox"/> Transporte pagado privadamente |
| <input type="checkbox"/> Servicio de limpieza | <input type="checkbox"/> Transporte público |
| <input type="checkbox"/> Comidas entregadas en casa | <input type="checkbox"/> Servicios de descanso de cuidadores |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para la salud en casa | <input type="checkbox"/> Centros para adultos mayores |
| | <input type="checkbox"/> No corresponde. Tengo acceso a los servicios / la ayuda que necesito. |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

33. ¿Cuáles de las actividades siguientes realiza para cuidarse a sí mismo? (Marque todas las opciones que correspondan).

- Actividades o pasatiempos
- Dormir adecuadamente
- Pedir ayuda
- Comer saludablemente
- Hacer ejercicio
- Asistir a las citas médicas

- Utilizar técnicas de relajación (meditación, respiraciones profundas, etc.)
- Dedicar tiempo para mí
- Dedicar tiempo para los amigos
- Es difícil cuidarme a mí mismo
- Otra _____

Demografía

34. Marque todas las que correspondan. Soy:

- Un adulto mayor (mayor de 60 años)
- Una persona con discapacidad
- Un cuidador (proporciono ayuda a un adulto mayor)
- Un abuelo o abuela que cuida a un nieto (mayor de 55 años)

- Un proveedor de servicios (ofrezco servicios profesionales a un adulto mayor)
- Otro _____

35. ¿Qué edad tiene actualmente?

- Menos de 60
- 60-64
- 65-69
- 70-74

- 75-79
- 80-84
- 85 o más

36. ¿Cuál es su raza? (Opcional. Marque todas las que correspondan).

- Nativo americano o nativo de Alaska
- Asiático o asiático americano
- Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico
- Africano o afroamericano
- Blanco / caucásico
- Prefiero no responder
- Multirracial: _____

37. ¿Es hispano o latino?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

38. ¿Cuál es su género?

- Hombre
- Mujer
- Prefiero no responder

- Otro (especifique): _____

39. ¿Se identifica como alguno de los siguientes?

- Homosexual
- Lesbiana
- Bisexual
- Transgénero
- Ninguna de las anteriores
- Prefiero no responder

40. Si se identifica como homosexual, lesbiana, bisexual y/o transgénero, ¿le es posible tener acceso a programas o servicios que cumplan sus necesidades específicas?

- No corresponde
- Sí
- No

De no ser así, explique: _____

41. ¿Cuál es su código postal? _____

Gracias por tomarse el tiempo para compartir sus opiniones. El Tri-County Office on Aging agradece sus comentarios.

Si tiene algún otro comentario sobre estos asuntos o algún otro relacionado con los adultos mayores en los condados de Clinton, Ingham e Eaton, escríbalos a continuación. Gracias.

42. ¿Tiene algún otro comentario, pregunta o preocupación?

Si desea recibir novedades por correo electrónico sobre los programas y servicios que ofrece el Tri-County Office on Aging, indique su dirección de correo electrónico a continuación. Esta información no se relacionará con las respuestas de la encuesta y se conservará de forma confidencial. Retiraremos la última página al recibir la encuesta para garantizar su anonimato.

Las direcciones de correo electrónico nunca se compran, venden ni entregan a organizaciones externas.

Si prefiere registrarse en línea para recibir las novedades del TCOA por correo electrónico, visite www.tcoa.org/contact y desplácese hacia abajo hasta encontrar la opción “Subscribe to our email list” (Suscribirse a nuestra lista de correo electrónico).

Nombre _____

Empresa _____

Correo electrónico _____