
Encuesta comunitaria

para adultos mayores y personas con discapacidades de Yuba-Sutter

Nos gustaría conocer su comunidad y saber qué se necesita para convertirla en un gran lugar para vivir para las personas de 55 años en adelante, los cuidadores y los adultos de cualquier edad con alguna discapacidad. Su opinión es importante y ayudará a formular nuevas políticas, programas y proyectos en un Plan para adultos mayores y personas con discapacidades de Yuba-Sutter. La encuesta se realiza únicamente con fines de investigación y su nombre y opiniones serán confidenciales. Completar esta encuesta le tomará 15 minutos.

1. Su hogar y su comunidad

1.1 ¿Es residente de los condados de Yuba o Sutter?

- Sí
- No
- No estoy seguro

1.2 ¿Cómo se llama su comunidad? _____

NOTA: Para algunas personas, esto se refiere a la ciudad o pueblo en el que viven, o a su vecindario, subdivisión o complejo residencial.

1.3 ¿Cuánto tiempo ha vivido en su comunidad?

- Menos de 5 años
- 5 años, pero menos de 15
- 15 años, pero menos de 25
- 25 años o más

1.4 ¿Es dueño o alquila su vivienda principal, o tiene algún otro tipo de situación de vivienda, por ejemplo, vive con un familiar o amigo?

- Soy dueño
- Alquilo
- Ninguna de las anteriores (si elige esta opción, proporcione más información seleccionando alguna de las siguientes opciones)
 - Vivo con un familiar o amigo
 - Vivo en un entorno colectivo (como una residencia asistida o un centro de atención a largo plazo)
 - Actualmente no tengo vivienda o no tengo alojamiento permanente

1.5 ¿En qué medida está de acuerdo con que su residencia actual es asequible para sus necesidades?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- No estoy seguro o no corresponde

1.6 Si desea seguir viviendo en su hogar el mayor tiempo posible, ¿tiene suficientes familiares, amigos y vecinos cercanos que puedan ayudar a cuidarlo en caso de que cambien sus necesidades?

- Sí
- No
- No estoy seguro o no corresponde

1.7 ¿Su residencia actual necesita reparaciones, modificaciones o cambios importantes para poder permanecer en ella el mayor tiempo posible?

- Sí
- No
- No estoy seguro o no corresponde

1.8 ¿Cómo calificaría la disponibilidad de los siguientes servicios en su comunidad?

	Muy buena	Buena	Regular	Mala	No estoy seguro
a. Aceras en buenas condiciones, seguras para todos los peatones y en lugares necesarios.	<input type="checkbox"/>				
b. Parques en buen estado que pueden visitarse con comodidad.	<input type="checkbox"/>				
c. Baños públicos, como baños accesibles para personas con capacidades físicas diferentes.	<input type="checkbox"/>				
d. Bancas para descansar en áreas públicas como parques, aceras y alrededor de edificios públicos.	<input type="checkbox"/>				
e. Zonas para estacionarse en ubicaciones convenientes, como estacionamientos para personas con discapacidades.	<input type="checkbox"/>				

1.9 ¿Con qué frecuencia se siente inseguro en su comunidad?

- Con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- Nunca
- No estoy seguro

1.10 Si alguna vez se sintió inseguro, ¿cuáles fueron los motivos? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Entorno físico (por ejemplo, aceras en mal estado, cruces peatonales inseguros, edificios públicos de acceso o tránsito difícil)
- Seguridad personal (por ejemplo, las personas podrían intentar hacerme daño, robarme o aprovecharse de mí)
- Otro (especifique): _____

1.11 Comparta cualquier otra opinión o información sobre su hogar o comunidad.

FIN DE LA SECCIÓN 1

2. Preparación ante emergencias

2.1 Si se lesionara, se enfermara o necesitara ayuda, ¿tiene amigos, familiares o cuidadores que puedan ayudarle en cualquier momento del día o la noche?

- Sí
- No
- Tal vez

2.2 En caso de una emergencia o desastre, ¿le preocupa alguna de las siguientes opciones?

- Suministro de alimentos y agua
- Medicamentos recetados
- Falta de energía o electricidad
- Aislamiento de la familia, los amigos o la comunidad
- Cuidar de un amigo o familiar mayor durante una emergencia
- Elaborar un plan de emergencia con mi familia o amigos
- Mi seguridad física
- Recibir información actualizada durante una emergencia
- Otra (especifique): _____

2.3 Comparta cualquier opinión o información adicional sobre la preparación ante emergencias.

FIN DE LA SECCIÓN 2

3. Transporte

3.1 ¿Cómo se traslada para hacer cosas como ir de compras, acudir al médico, hacer mandados, etc.?

	Por lo general	A veces	Rara vez	Nunca
a. Conduce usted mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Camina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pide a otras personas que lo lleven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Toma un taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Usa una compañía de transporte como Uber o Lyft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Usa un servicio de transporte especial, por ejemplo, para adultos mayores o personas con discapacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Usa el transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Va en bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Otra, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 ¿En qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre la importancia del transporte en su vida?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No estoy seguro
a. Tengo transporte para ir a los lugares que quiero y necesito ir, a la hora que desee.	<input type="checkbox"/>				
b. Tendré opciones de transporte para satisfacer mis necesidades en el futuro, por ejemplo, cuando ya no pueda conducir.	<input type="checkbox"/>				
c. La falta de transporte afecta negativamente mi vida.	<input type="checkbox"/>				

3.3 Comparta cualquier otra opinión o información relacionada con el transporte en su comunidad.

FIN DE LA SECCIÓN 3

4. Atención médica y servicios relacionados

4.1 ¿Cómo calificaría la disponibilidad de los siguientes servicios de salud y bienestar en la comunidad?

	Muy buena	Buena	Regular	Mala	No estoy seguro o no corresponde
a. Proveedores de atención primaria o centros médicos	<input type="checkbox"/>				
b. Variedad de profesionales de atención médica, como especialistas	<input type="checkbox"/>				
c. Servicios de salud dental	<input type="checkbox"/>				
d. Clases o actividades de salud y bienestar especializadas para mi edad o discapacidad	<input type="checkbox"/>				
e. Servicios de cuidado de la audición	<input type="checkbox"/>				
f. Proveedores de atención médica en el hogar	<input type="checkbox"/>				
g. Atención hospitalaria o de urgencia	<input type="checkbox"/>				
h. Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/>				
i. Farmacias	<input type="checkbox"/>				
j. Servicios de telesalud	<input type="checkbox"/>				
k. Servicios de cuidado de la vista	<input type="checkbox"/>				

4.2 Considerando el lugar donde recibe la mayor parte de su atención médica, ¿cómo calificaría el acceso a las siguientes opciones?

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	No estoy seguro o no corresponde
a. Servicios de atención médica a 15 minutos de mi hogar	<input type="checkbox"/>				
b. Profesionales de atención médica que comprenden y respetan mi cultura	<input type="checkbox"/>				
c. Profesionales de atención médica que hablan mi idioma	<input type="checkbox"/>				
d. Acceso a centros de atención médica y equipos para mi discapacidad	<input type="checkbox"/>				

4.3 ¿Con qué frecuencia ayuda a algún familiar, amigo o vecino que es adulto mayor o con discapacidades? (Esto podría incluir traslados, hacer compras, proporcionar alimentos, ayudar con citas o atención médica, tareas domésticas o de jardinería, etc.)

- Diario o casi todos los días
- Con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- Nunca

4.4 ¿Con qué frecuencia necesita alguna de las siguientes opciones?

	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca	No corresponde
a. Atención dental	<input type="checkbox"/>				
b. Asistencia legal	<input type="checkbox"/>				
c. Atención médica	<input type="checkbox"/>				
d. Atención de salud mental	<input type="checkbox"/>				
e. Alimentos nutritivos	<input type="checkbox"/>				
f. Medicamentos recetados	<input type="checkbox"/>				
g. Vivienda segura	<input type="checkbox"/>				
h. Otra (especifique):	<input type="checkbox"/>				

4.5 ¿A qué obstáculos se enfrenta cuando intenta satisfacer esas necesidades? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- No sé dónde encontrar ayuda
- Temo que se aprovechen de mí
- Me avergüenza pedir ayuda
- Motivos financieros
- Es difícil entender el sistema
- Falta de servicios disponibles o ubicaciones convenientes
- Falta de ayuda por parte de familiares o amigos
- Falta de acceso a Internet o banda ancha (Internet de alta velocidad)
- Falta de dispositivos tecnológicos (como un teléfono inteligente o computadora)
- Falta de confianza en las agencias públicas
- Idioma
- Los servicios o el personal no son culturalmente adecuados
- Transporte
- Otro (especifique): _____

4.6 Comparta cualquier opinión o información adicional sobre la atención médica o los servicios relacionados en su comunidad.

FIN DE LA SECCIÓN 4

5. Trabajo, voluntariado y participación o inclusión social

5.1 ¿Cómo calificaría la disponibilidad de las siguientes cosas en su comunidad?

	Muy buena	Buena	Regular	Mala	No estoy seguro o no corresponde
a. Oportunidades de voluntariado o participación cívica que me interesan.	<input type="checkbox"/>				
b. Oportunidades de empleo que me interesan.	<input type="checkbox"/>				
c. Actividades, eventos o clases sociales o comunitarias que me interesan.	<input type="checkbox"/>				

5.2 ¿Con qué frecuencia siente lo siguiente?

	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca	No estoy seguro
a. No tengo compañía.	<input type="checkbox"/>				
b. Me siento excluido.	<input type="checkbox"/>				
c. Me siento aislado en mi comunidad.	<input type="checkbox"/>				
d. No tengo contacto personal con familiares, amigos o vecinos que no viven conmigo.	<input type="checkbox"/>				

5.3 Si alguna vez se sintió aislado o desvinculado socialmente, ¿cuáles fueron los motivos? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Falta de contactos familiares o amigos
- Falta de transporte
- Afección médica o discapacidad
- Problema de salud mental
- Responsabilidades de cuidador
- No puedo acudir a muchas actividades sociales
- Otro (especifique): _____
- No corresponde

5.4 ¿Con qué frecuencia no se siente bien recibido en su comunidad?

- Con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- Nunca

5.5 Si alguna vez sintió que no fue bien recibido, ¿cuáles fueron los motivos? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Mi edad
- Mi discapacidad
- Mi género
- Mi nivel de ingresos
- Mi raza u origen étnico
- Mis creencias o afiliación religiosa
- Mi orientación sexual
- Otro (especifique): _____
- No corresponde

5.6 Comparta cualquier otra opinión o información relacionada con el trabajo, voluntariado o participación e inclusión social en su comunidad.

FIN DE LA SECCIÓN 5

6. Comunicación e información

6.1 ¿Dónde recibe noticias o información sobre servicios locales para adultos mayores o personas con discapacidades? (Como cuidados, comidas a domicilio, reparaciones en el hogar, transporte médico o actividades sociales)

- Agency on Aging Area 4
- Centro de Recursos para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades (Aging and Disability Resource Center, ADRC)
- Tableros de anuncios comunitarios
- Familiares o amigos
- FREED Center for Independent Living
- Internet
- Biblioteca
- Oficinas del gobierno local, como el Departamento de Salud
- Organizaciones locales sin fines de lucro
- Mi médico u otro profesional de atención médica
- Periódicos
- Directorio telefónico o de recursos
- Lugar de culto (como una iglesia, sinagoga, mezquita, etc.)
- Radio
- Redes sociales
- Televisión
- Servicios para veteranos
- Centro para Adultos Mayores
- Otro (especifique): _____

6.2 Comparta cualquier opinión o información adicional relacionada con la comunicación e información en donde vive.

FIN DE LA SECCIÓN 6

7. Información demográfica

Las siguientes preguntas se realizan para garantizar que nuestra encuesta refleje las diversas necesidades de la comunidad de Yuba-Sutter. Únicamente nuestro asesor de investigación tendrá acceso a los datos de la encuesta. Los datos se resumirán y presentarán de manera que no pueda identificarse a ninguna persona a partir de los resultados que se compartan.

7.1 ¿Cuál es su código postal de 5 dígitos? _____

7.2 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el área en la que vive?

- Rural
- Suburbana
- Urbana

7.3 ¿Cuál es su grupo de edad?

- De 18 a 27 años
- De 28 a 43 años
- De 44 a 59 años
- De 60 a 64 años
- De 65 a 69 años
- De 70 a 78 años
- De 79 a 96 años
- 97 años en adelante

7.4 ¿Cuál es su raza u origen étnico? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- Asiático o asiático estadounidense
- Negro o afroestadounidense
- Hispano o latino
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco
- Otra (especifique): _____

7.5 ¿Cuál es su identidad de género?

- Mujer
- Hombre
- No binario
- Mujer u hombre transgénero
- Otra o prefiero no responder

7.6 ¿Se identifica como parte de la comunidad LGBTQ+?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

7.7 ¿Se identifica como una persona con una discapacidad o afección crónica?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

7.8 ¿Cómo describiría su discapacidad o afección crónica? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Déficit de atención
- Autismo
- Ceguera o discapacidad visual
- Sordera o dificultad auditiva
- Discapacidad relacionada con la salud
- Discapacidad de aprendizaje
- Afección de salud mental
- Discapacidad relacionada con la movilidad
- Discapacidad relacionada con el habla
- Otra (especifique): _____
- Prefiero no responder
- No corresponde

7.9 ¿Es veterano?

- Sí
- No

7.10 ¿Cuál fue su ingreso familiar anual antes de impuestos el año pasado?

- Menos de \$10,000
- De \$10,000 a \$24,999
- De \$25,000 a \$49,999
- De \$50,000 a \$74,999
- De \$75,000 a \$99,999
- De \$100,000 a \$124,999
- \$125,000 o más
- Prefiero no responder

7.11 (Opcional) Si desea proporcionar más información o recibir actualizaciones del proyecto del Plan para adultos mayores y personas con discapacidades de Yuba-Sutter, proporcione su información de contacto a continuación para que podamos comunicarnos con usted. Los resultados de la encuesta se mantendrán anónimos e independientes de la siguiente información de contacto.

Nombre (nombre y apellido): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

¡Agradecemos enormemente su participación en esta encuesta!

FIN DE LA ENCUESTA