



Department of Human Services
Office for the Aging

Monroe County, New York

Cheryl Dinolfo
County Executive

Corinda Crossdale
Commissioner

Julie Allen Aldrich
Director

Evaluación Comunitaria de Necesidades de Servicios Y Apoyos de Atención a Largo Plazo 2020-2024

Público objetivo para la encuesta: todos los residentes de la comunidad, especialmente las personas mayores de 60 años, personas con discapacidades y cuidadores familiares informales.

Importante y me preocupa **Importante, pero NO me preocupa** **NO es Importante y NO me preocupa**

Vivienda:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Encontrar vivienda segura, costeable & accesible en mi vecindario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Encontrar ayuda confiable para hacer mantenimiento y reparaciones del hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Capacidad para pagar el alquiler y los impuestos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Capacidad para pagar la calefacción del hogar y otros servicios públicos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Transporte:

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Acceder a las opciones de transporte para los que no conducen: | | | |
| a. Para citas médicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Para citas médicas fuera del condado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Para la tienda de comestibles, farmacia y otros mandados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Para visitar amigos o familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Para trabajar o servir de voluntario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Necesitar un vehículo accesible para sillas de ruedas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Apoyo Comunitario & Servicios de Salud:

**Importante
y me preocupa**

**Importante, pero
NO me preocupa**

**NO es Importante
y NO me preocupa**

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Comprender las opciones de seguro: | | | |
| a. Planes comunitarios de Medicaid & Cuidado Administrado a Largo Plazo para individuos de todas las edades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Medicaid para atención crónica para personas con necesidades de enfermería especializada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare para individuos de 65+ años e individuos con discapacidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Subsidios de seguros de salud para personas con ingresos bajos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Opciones de seguro para Cuidado a Largo Plazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Caerse frecuentemente dentro y fuera del hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Manejar condiciones de salud crónicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Acceder a servicios costeables para individuos con la Enfermedad de Alzheimer u otros trastornos de memoria relacionados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Acceder a servicios de relevo para apoyar a los cuidadores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Acceder a servicios de cuidado personal en el hogar costeables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Acceder a comidas de entrega en el hogar costeables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tener suficiente dinero para comprar alimentos nutritivos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tener la capacidad de comprar para mí mismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tener la capacidad de cocinar para mí mismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tener la capacidad de seguir una dieta especial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Acceder a alimentos saludables, nutritivos (ubicación de la tienda, entrega) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Obtener ayuda para solicitar los programas gubernamentales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Acceder a un proveedor de atención médica primaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Participación Social:

**Importante
y me preocupa**

**Importante, pero
NO me preocupa**

**NO es Importante
y NO me preocupa**

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Acceder a Centros de Ancianos para recreación & socialización | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tener la capacidad para participar en Programas de Comidas Congregadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tener la capacidad para ir a lugares con mis amigos y familiares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Respeto e Inclusión Social:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Proveedores que entienden mis intereses & las cosas importantes para mí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Proveedores que me respetan como persona LGTB | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Proveedores que hablan/proveen interpretación en mi lenguaje primario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Proveedores que entienden mi cultura (etnia, religión, raza, otro) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Proveedores que hacen acomodaciones para mis retos/barreras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Espacios al Aire Libre & Edificios:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mejora de la señalización en espacios públicos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mejora de la iluminación en parques públicos y pasarelas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Proporcionar bancos y lugares para descansar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Proporcionar pasarelas y entradas accesibles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Proporcionar oportunidades para actividad física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Proporcionar baños accesibles en lugares públicos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Participación Cívica & Empleo:

1. ¿Qué tipos de trabajo u oportunidades de voluntariado le interesan? _____
2. ¿Qué tipo de entrenamiento necesitaría para esas oportunidades? _____
3. ¿Qué tipo de flexibilidad/beneficios necesitaría? _____

Comunicación: ¿Cómo te gusta aprender sobre nuevas oportunidades, programas y servicios? ___Folletos ___Sitio Web ___Email ___Correo ___Medios Sociales (Facebook & Twitter) ___TV ___Periódico Otro: _____

Número de personas que viven en el hogar de la persona que necesita atención (incluido usted): _____

Arreglos de vivienda: Propietario Inquilino Vivienda asistida Vivienda independiente Otra: _____

Ingreso anual aproximado antes de impuestos para el hogar de la persona que necesita atención (esto incluye el ingreso del trabajo, pensión, seguro social y otros ingresos recibidos): _____

Tipo de seguro de salud: Medicare Medicaid Seguro privado Sin seguro

¿Usted, o alguien en su hogar, utiliza actualmente servicios y apoyos de atención a largo plazo comunitarios (como servicios sociales diurnos para adultos, cuidado personal, comidas congregadas o enviadas a domicilio, transporte)? Sí No

¿Le gustaría participar en foros y/o discusiones grupales para ayudar a informar nuestro trabajo? Sí No

En caso afirmativo, proporcione información de contacto y cualquier adaptación que necesite para participar en la sección de comentarios a continuación.

Comentarios adicionales: Por favor proporcione cualquier comentario adicional que ayude a informar nuestro trabajo. Incluya información sobre servicios y programación que crea que deberíamos o no proporcionar. El objetivo es permitir que los residentes de nuestra comunidad tengan la oportunidad de continuar viviendo independientemente en la comunidad. Por favor incluya lo que es más importante para mantener la independencia. Incluya cualquier dificultad para obtener los servicios y apoyos necesarios, o servicios que no están disponibles actualmente. Por favor, proporcione información de contacto si desea ser contactado por nuestra oficina.

Por favor envíe sus respuestas para el 30 de octubre, 2019 a:

Monroe County Office for the Aging - 435 E. Henrietta Road, 3rd Floor West - Faith, Rochester, NY 14620
Vía email: MCOFA@monroecounty.gov o vía fax: (585) 753-6281