



Los Servicios para Personas Mayores y Discapacitados del Consejo de Gobiernos de Lane (LCOG, por sus siglas en inglés) agradecería su ayuda para comprender mejor qué servicios se necesitan para garantizar que las personas que enfrentan problemas de envejecimiento o con discapacidades, o que cuidan a alguien que enfrenta estos problemas, puedan vivir donde quieran de la manera más independiente posible. La encuesta solo debe tomar 10 minutos para completar.

DIVULGACIÓN: Le preguntaremos sobre su raza, etnia, habilidades y otras características para asegurarnos de que todos reciban servicios de la más alta calidad. Puedes responder a estas preguntas de la forma que quieras. Siempre puedes optar por no responder a una pregunta. No se recopila información de identificación y sus respuestas son confidenciales.

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, comuníquese con Marisa Andrews al 541-682-4512 o envíe un correo electrónico a mandrews@lcog.org.

Gracias por su ayuda para que podamos servirle mejor a usted y a nuestra comunidad.

Demografía

Ciudad en la que vives: _____ **Código postal:** _____

Edad: _____ **¿Vive con una discapacidad?** Sí No

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su identidad racial o étnica? (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino/a/x | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio/Norte de África | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar | |

¿Con qué género te identificas?

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Transgénero | <input type="checkbox"/> Cuestionandose | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> No Binario | <input type="checkbox"/> Otro | |

¿Te identificas como LGBTQ+? Sí No **¿Eres un veterano?** Sí No

Servicios

¿Está enterado de los Servicios para Personas Mayores y Discapacitadas? Sí No

¿Ha utilizado servicios a través de los Servicios para Personas Mayores y Discapacitadas? Sí No

¿Tuvo dificultades accediendo servicios a través de los Servicios para Personas Mayores y Discapacitadas? Sí No

¿Quedó satisfecho con los servicios que recibió? Sí No

¿Está enterado de ADRC (Aging & Disability Resource Connection)? Sí No

¿Ha utilizado o llamado al ADRC? Sí No

¿Ha oído hablar de los Servicios de Protección para Adultos (APS, por sus siglas en inglés) disponibles a través de los Servicios para Personas Mayores y Discapacitadas? Sí No

¿Tiene acceso a una computadora o teléfono inteligente? Sí No

¿Tiene acceso confiable a la Internet? Sí No

Arreglos del Hogar/Vivienda

- Mi propia casa o apartamento
- Una casa o apartamento que alquilo
- La casa de un familiar o amigo
- Un hogar de acogida para adultos
- Un centro de vida asistida
- Un centro de atención residencial
- Un centro de enfermería especializada
- Actualmente me encuentro sin hogar

Si vive con alguien, ¿qué relación tiene con usted?

- Hijos o Nietos
- Cónyuge/Pareja
- Amistad
- Otro

Si vive con otras personas, ¿cuál es la razón? (marque todo lo que corresponda)

- necesidades financieras
- Necesidades financieras de otros
- necesidades de salud
- Necesidades de salud de otros
- Prefiero vivir con otros

¿Está criando actualmente a un pariente menor de 18 años en su hogar? Sí No

¿Tiene alguien a quien pueda llamar en caso de una emergencia? Sí No

En caso de una emergencia, ¿utiliza equipos médicos de soporte vital que necesitan ser cargados/enchufados? Sí No

En caso de una emergencia, como un corte de energía o una evacuación, ¿tiene un plan y suministros? Sí No

Transporte

¿Conduce un coche? Sí No

Si la respuesta es no, ¿recibe ayuda con el transporte? Sí No

Si recibe ayuda con el transporte, ¿quién lo asiste actualmente? (marque todo lo que corresponda)

- Familia
- Amigo(s)
- Transporte público (autobús)
- Taxi
- Voluntarios

¿A qué tipo de actividades viaja? (marque todo lo que corresponda)

- Banco
- Iglesia
- Médico/Dental/Visión/Audición
- Pagar facturas
- Recreación/ Social
- Compras

¿Se pierde actividades por problemas de transporte?

- Frecuentemente
- A veces
- Nunca

Salud/Nutrición

¿Cómo califica su salud física? Excelente Bien Justo Pobre

¿Cómo califica su satisfacción con su vida? Excelente Bien Justo Pobre

¿Se siente solo? Sí No A veces

Salud/Nutrición continuado

¿Ha tenido dificultades para encontrar (seleccione todas las que correspondan)?

Proveedor primario de salud Especialista Proveedor de salud mental

¿Ha tenido problemas para ir al médico/dentista debido a la falta de lugares que aceptan Medicaid/Oregon Health Plan? Sí No

¿Ha tenido problemas para ir al médico/dentista debido a la falta de lugares que aceptan Medicare? Sí No

¿Qué servicios de salud NO está accediendo, pero necesita? (seleccione todas las que correspondan)

Salud Alternativa Doctor Salud mental
 Dentista oftalmólogo

¿Puede pagar todos sus medicamentos recetados? Sí No

¿Tiene suficiente dinero para comprar la comida que necesita? Sí No

¿Es capaz de preparar las comidas usted mismo? Sí No

¿Necesita ayuda para controlar una condición crónica (como diabetes, enfermedad cardíaca, artritis)? Sí No

¿Está interesado en tomar clases en grupo para mejorar su salud? Sí No

Cuidado

¿Algún familiar, amigo o familiar le ayuda con las tareas? Sí No

¿Tiene suficiente ayuda con las tareas? Sí No

Si la respuesta es no, ¿en qué tareas necesita ayuda? (marque todo lo que corresponda)

bañándose Comer Higiene personal/aseo personal
 vistiéndose Quehaceres domésticos Gestión de la medicación
 Compras Administración de medicamentos

Financiero

En los últimos 90 días:

¿Ha necesitado ayuda para lidiar con problemas legales? Sí No

¿Ha tenido o espera tener dificultades para pagar la vivienda? Sí No

¿Ha tenido o espera tener dificultades para pagar la atención en el hogar? Sí No

¿Ha tenido dificultades para hacer un seguimiento de las facturas y pagarlas a tiempo? Sí No

En caso afirmativo, ¿tiene a alguien de confianza que le ayude a administrar sus finanzas? Sí No

¿Ha tenido o espera tener suficiente para cubrir sus facturas del próximo mes si los ingresos se detienen repentinamente? Sí No

Es necesario completar esta sección SOLO si cuida de alguien mayor de 60 años.

¿Cuida actualmente a un ser querido anciano o de un adulto con una discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, ¿a quién ayuda?

Padre Vecino Niño

Cónyuge/Pareja Amigo Otro

¿Trabaja menos horas en un empleo pagado debido a sus responsabilidades de cuidado? Sí No

¿Necesita educación o entrenamiento para cuidadores? Sí No

¿Le gustaría asistir a un grupo de apoyo para cuidadores? Sí No

¿Necesita cuidado de respiro para proporcionar un alivio periódico de las tareas de cuidado? Sí No

Para obtener información sobre servicios y recursos comunitarios, llame a nuestra Conexión de Recursos para Adultos Mayores y Discapacitados (ADRC, por sus siglas en inglés) al 541-682-3353 o visite www.adrcforegon.org.

Si usted o alguien que conoce puede ser víctima de abuso dentro del condado de Lane, llame a Servicios de Protección para Adultos al 541-682-4140, envíe un correo electrónico a abusereporting@lcog.org o visite nuestra oficina en 1015 Willamette Street, Eugene OR 97401.

Si se trata de una emergencia, llame al 9-1-1. Para denunciar el abuso en otros condados de Oregon, llame a la línea directa de denuncia de abuso de Oregon al 1-855-503-SAFE (7233).

Envíe esta encuesta antes del 12 de Junio de 2024.

Puede devolver este formulario a cualquier miembro del personal de Servicios para Personas Mayores y Discapacitados, o si lo prefiere, por correo postal a Servicios para Personas Mayores y Discapacitadas, 1015 Willamette Street, Eugene OR 97401