

Community Assessment Survey for Older Adults

If you are aged 60 or over, we want to hear from you by **DEADLINE HERE!**

AGENCY NAME is surveying older adults in **DEFINE AREA** to identify current and emerging needs for aging services. The following are critical things that some older residents are concerned with. To what degree is each of these things a **concern to you personally?** **PLEASE CIRCLE ONE NUMBER** for the most appropriate response to each listed item.

	NOT CONCERNED	SOMEWHAT CONCERNED	VERY CONCERNED
PERSONAL CONCERNS			
1. Falling/Fear of falling	1	2	3
2. Accidental injury (other than a fall)	1	2	3
3. Depression and/or anxiety	1	2	3
4. Losing a spouse or loved one	1	2	3
5. Loneliness and/or isolation	1	2	3
6. Providing care for family member, friend or neighbor	1	2	3
7. Providing care for an older person while still employed	1	2	3
8. Raising grandchildren	1	2	3
9. Physical or emotional abuse	1	2	3
10. Maintaining and repairing my home	1	2	3
11. Losing my home to foreclosure	1	2	3
12. Memory loss	1	2	3
13. Getting information about senior services	1	2	3
14. Ability to live independently in my home as I age	1	2	3

AFFORDABILITY OF GOODS AND SERVICES

15. Utilities (heating, cooling, water)	1	2	3
16. Legal assistance	1	2	3
17. Assistive devices (hearing aid, glasses)	1	2	3
18. Prescription drugs	1	2	3
19. Dental care	1	2	3
20. Healthcare	1	2	3
21. Nutritious food	1	2	3
22. Rent, mortgage or property taxes	1	2	3
23. Transportation (gas, insurance, repairs, public transit)	1	2	3
24. Behavioral Health/Mental Health counseling	1	2	3

ACCESS TO HEALTH BENEFIT INFORMATION

25. Understanding changes in Medicare coverage	1	2	3
26. Healthcare Directives (Medical Power of Attorney, Living Wills, Advance Directives, DNR orders, etc.)	1	2	3
27. Obtaining benefits (Social Security, Medicare, AHCCCS)	1	2	3

ACTIVITIES OF DAILY LIVING

28. Accessible home modifications (grab bars, ramps, etc.)	1	2	3
29. Housekeeping and laundry	1	2	3
30. Preparing nutritious meals	1	2	3
31. Personal care assistance (bathing, washing hair)	1	2	3
32. Grocery shopping	1	2	3
33. Managing my medications	1	2	3
34. Processing monthly bills and/or medical claims	1	2	3
35. Having someone check on me daily	1	2	3
36. Yard maintenance	1	2	3

COMMUNITY AND BELONGING

37. Selecting nursing home or assisted living facility	1	2	3
38. Employment opportunities	1	2	3
39. Feeling like my voice is heard in the community	1	2	3
40. Exploitation (frauds or scams)	1	2	3
41. Personal safety	1	2	3
42. Access to recreational or social opportunities	1	2	3
43. Access to volunteer opportunities	1	2	3
44. Safe and decent housing	1	2	3
45. Age discrimination (loans, insurance, employment)	1	2	3
46. Discrimination because of lesbian/gay/transgender identity	1	2	3

PLEASE RATE THE FOLLOWING

	Excellent	Good	Fair	Poor	Don't Know
47. Overall services available	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Services available to LGBTQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Your community as a place to live	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Your community as a place to age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IF YOU NEED ASSISTANCE, PLEASE CALL **AGENCY NAME** AT: **###-###-####**
PLEASE RETURN COMPLETED SURVEY TO:
AGENCY NAME and **ADDRESS** here
BY **DEADLINE HERE** - THANK YOU!

Encuesta de evaluación de la comunidad para adultos mayores

Si tiene 60 años o más, queremos saber de usted antes de **DEADLINE HERE!**

AGENCY NAME está encuestando a los adultos mayores en el **DEFINE AREA** para identificar actuales y emergentes de necesidades de servicios de envejecimiento. Los siguientes son cosas críticas que algunos residentes mayores se ocupan de. ¿En qué medida es cada una de estas cosas en una preocupación para usted personalmente? POR FAVOR circule solamente un número para la respuesta más adecuada a cada elemento de la lista.

PREOCUPACIONES PERSONALES	NO ME PROCUPA	UN POCO PREOCUPADO	MUY PREOCUPADO
1. Caídas/temor de caerse	1	2	3
2. Lesiones accidentales (que no sea una caída)	1	2	3
3. La depresión y/o ansiedad	1	2	3
4. La pérdida de un conyuge o un ser querido	1	2	3
5. La soledad y/o aislamiento	1	2	3
6. El cuidar de un familiar, amigo o vecino	1	2	3
7. El cuidar a una persona mayor, mientras que estoy empleado	1	2	3
8. La crianza de mis nietos	1	2	3
9. El abuso físico o emocional	1	2	3
10. El mantenimiento y la reparación de mi casa	1	2	3
11. La pérdida de mi casa a un juicio hipotecario	1	2	3
12. Pérdida de memoria	1	2	3
13. El obtener información sobre servicios para personas mayores	1	2	3
14. Capacidad para vivir independientemente en mi casa al ir envejeciendo	1	2	3

ASEQUIBILIDAD DE LOS BIENES Y SERVICIOS

15. Utilidades (calefacción, refrigeración, agua)	1	2	3
16. Asistencia legal	1	2	3
17. Los dispositivos de ayuda (aparatos de oído, anteojos)	1	2	3
18. Medicamentos recetados	1	2	3
19. Cuidado dental	1	2	3
20. Cuidado de la salud	1	2	3
21. Comida nutritiva	1	2	3
22. Alquilar, hipoteca o impuestos de propiedad	1	2	3
23. Transporte (gasolina, seguro, reparaciones, transporte público)	1	2	3
24. El asesoramiento de conducta saludable/salud mental	1	2	3

ACCESO A LA INFORMACIÓN DE BENEFICIOS DE SALUD

25. Entendiendo los cambios en la cobertura de Medicare	1	2	3
26. Directivas de la salud (poder médico, testamentos en vida, directivas anticipadas, órdenes DNR, etc.)	1	2	3
27. La obtención de beneficios (Seguro Social, Medicare, AHCCCS)	1	2	3

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

28. Modificaciones accesibles a domicilio (barras de apoyo, rampas, etc.)	1	2	3
29. La limpieza y lavandería	1	2	3
30. Preparación de comidas nutritivas	1	2	3
31. Asistencia para el cuidado personal (bañarse, lavarse el pelo)	1	2	3
32. Compras de comestibles	1	2	3
33. La gestión de mis medicamentos	1	2	3
34. Procesamiento de facturas mensuales y/o reclamamos médicos	1	2	3
35. Tener alguien que me llama diario	1	2	3
36. El mantenimiento de mi propiedad/yarda	1	2	3

COMMUNIDAD y PERTENENCIA

37. Selección de asilo de ancianos o centro de vida asistada	1	2	3
38. Oportunidades de empleo	1	2	3
39. El sentir que mi voz cuenta por algo en la comunidad	1	2	3
40. Explotación (fraudes o estafas)	1	2	3
41. Seguridad personal	1	2	3
42. Acceso a las oportunidades recreativas o sociales	1	2	3
43. Acceso a oportunidades de trabajo voluntario	1	2	3
44. Tener una vivienda segura y decente	1	2	3
45. La discriminación por edad (préstamos, seguro, de empleo)	1	2	3
46. La discriminación por motivos de identidad lesbiana/gay/transgénero	1	2	3

POR FAVOR, CALIFIQUE LO SIGUIENTE: Excelente Bueno Justa Pobre No lo sé

47. Servicios generales que son disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Servicios disponibles para LGBTQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Su comunidad como lugar para vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Su comunidad como lugar para envejecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. ¿Tiene dolor crónico para el cual toma medicamentos recetado regularmente? Sí No
En caso afirmativo: 51a. ¿Con qué frecuencia usted toma medicamentos para el dolor?
 Diariamente Semanal Sólo cuando sea necesario
- 51b. ¿Cuánto tiempo ha estado tomando medicamentos recetados para el dolor?
 Menos de 6 meses Más de 6 meses
52. ¿Cuántas veces se ha caído durante el último año?
 Ninguna 1 2 3 4 5+ No se
53. ¿Cuántas veces ha estado en el hospital durante el último año?
 Ninguna 1 2 3 4 5+ No se
54. ¿Cuántas veces has estado en un asilo de ancianos o centro de rehabilitación en el año pasado?
 Ninguna 1 2 3 4 5+ No se
55. ¿Cuidas a un familiar, un vecino o un amigo?
 Sí (en mi casa) Sí (en su casa) No
- 55a. Si Sí, cuando necesitas un descanso, ¿a quién llamas par ayuda?
 Agency Name Un familiar Comunidad de fe
 Un Amigo(a) Le pido a mi médico una remisión Programa Asistencia de Empleo
 Un Vecino(a) Pago por ayuda Recibo ayuda de una agencia
 A nadie Otro: _____
56. ¿A dónde llamas para obtener información sobre servicios? (Marque todos lo que correspondan):
 Agency Name Comunidades de Fe (iglesias, sinagogas, etc.)
 La oficina del Representante político Centros para ancianos (se especificó): _____
 Un familiar o amigo Oficina de Ciudad/Condado (se especificó): _____
 Bibliotecas Nunca ha pedido información o referencias
 Servicios de Información y Referencia Otro (se especificó): _____
57. ¿Cuál es su medio(s) de transporte en este momento? (Marque todos los que correspondan):
 Manejo mi vehículo Taxi/otro servicio pagado Programa de conductor voluntario
 El autobús público Comunidad de fe Familia/amigos
 (Define local transport systems) No tengo método Otro: _____
58. Uso apoyo de transporte por las siguientes razones: (Marque todos los que correspondan):
 Para citas médicas Para asistir a los servicios religiosos Recoger mis medicamentos
 Para hacer las compras Trabajo / empleo Para las actividades sociales
 Para negocios Otro: _____

DEMOGRAFÍA

59. Grupo de edad:
 Menor de 60 años 60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 85-89 90+
60. Género: Hombre Mujer Transgénero Otro _____
61. Antecedentes:
 Blanco (Caucasia) Negro (Afro-Americano) Nativo Americano
 Hispano (Latino) Asiático (de las Islas del Pacífico) Otro (se especifico) _____
62. Orientación Sexual: Heterosexual Lesbiana/gay Bisexual Otro _____
63. Primer idioma: Inglés Español Otro: _____
64. Arreglo de convivencia:
 Vivo solo Vivo con familia Vivo con amigos Vivo con pareja
 Vivo con mi esposo(a) Otro: _____
65. Residencia:
 Casa Apartamento Asilo de ancianos Casa móvil Condminio
 Casa o Instalación de asistencia
66. ¿Usted Renta o es dueño(a) de su residencia? Rento Soy dueño(a) No aplica
67. ¿Cuánto tiempo ha vivido en su residencia actual?
 1-5 años 6-14 años 15-24 años 25-34 años 35-44 años 45+ años
68. ¿Cuánto tiempo ha vivido en el **DEFINE AREA**?
 1-5 años 6-14 años 15-24 años 25-34 años 35-44 años 45+ años
69. ¿Cuál es su código postal de 5 dígitos? _____
70. ¿Cuáles servicios nuevos o mejorados envejecimiento le gustaría ver en la comunidad?

SI USTED NECESITA ASISTENCIA, LLAME A **AGENCY NAME: ###-###-####**
POR FAVOR, DEVUELVA LA ENCUESTA COMPLETA A:
AGENCY NAME and ADDRESS here
ANTES DEL **DEADLINE HERE** - ¡GRACIAS!