

Envejecimiento: Evaluación del Plan de Area 2024

Centralina Area Agency on Aging (AAA) sé esfuerza por apoyar y mejorar la capacidad de los sistemas de servicio y defiende los derechos para promover la independencia, preservar la dignidad y abogar por los derechos de los adultos mayores, discapacitados y sus familias.

**Como ciudadano de su comunidad, usted tiene información importante sobre que tan bien vive dada sus circunstancias actuales.**

 Sus respuestas ayudarán a identificar áreas que pueden requerir promoción o acción en los próximos 4 años.

**Gracias de antemano** por tomarse unos 15 minutos para responder las siguientes preguntas desde su experiencia y perspectiva personal.

**Háblenos de usted**

**Código postal de su dirección actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Condado donde vive:**

O Anson O Cabarrus O Gaston O Iredell O Lincoln O Mecklenburg O Rowan O Stanly O Unión

**Mi casa** **es** O Propietario O Alquilado O Un centro de atención a largo plazo

 O Vivo con un amigo, vecino, familia O No tengo un hogar permanente

**Género con el que más te identificas:**

O Femenino O Masculino O Transgénero O Prefiero no decir O Soltero O Casado O Nunca casado O Viudo O En una relación comprometida O Divorciado U otro

**Seleccione la categoría que mejor describa su grupo de edad.**

O 1-20 años O 51-69 años O 70-99 años O Más de 100 años

**¿Qué respuesta te describe mejor?**

O Indio Americano - Nativo de Alaska O Asiático O Negro-Afroamericano O Hispano-Latino O Nativo de Hawái u otra isla del Pacifico O Blanco O Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lenguaje Primario**

O Ingles O Español O Lengua de signos americanos O Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La capacidad de oír bien afecta mi comunicación con otras personas.**

O Si O No O Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Para usted en su comunidad, está de acuerdo o en desacuerdo con estas declaraciones?**

Tengo ingresos limitados y lucho para llegar O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

a fin de mes.

Tengo un plan de emergencia que O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo incluye evacuación o refugio en sitio

en caso de una emergencia.

Estoy seguro de a quien acudir si O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

necesito ayuda.

Puedo pagar todas mis cuentas todos O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

los meses.

Puedo adquirir todos los medicamentos O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo recetados por mi médico.

Puedo ir a los lugares que elija cuando y O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

como quiera.

Hay momentos en los que me siento solo O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

Y aislado de los demás.

Tengo el equipo necesario para conectarme O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

a las redes si quiero.

Tengo el conocimiento necesario hacer O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

negocios y actividades divertidas

utilizando una computadora.

Tengo acceso regular a alimentos nutritivos. O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

Soy una persona lesbiana,gay, O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

transgénero en cuestionamiento.

Según mi raza y género, me siento que O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

Las agencias que brindan servicios a los

ciudadanos me tratan de manera justa.

Soy responsable del cuidado de otra O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

persona además de mi diariamente.

Utilizo un bastón, un andador u otro O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

equipo de adaptación para desplazarme.

Tengo miedo de caerme. O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

Mi casa está equipada de tal manera

que no tengo miedo de caerme. O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

(barras de apoyo, asientos de inodoro

elevado, iluminación exterior, rampa, etc.)

Estoy seguro de que puedo obtener ayuda O Desacuerdo O Neutral O De acuerdo

de una agencia de beneficio público sin la

ayuda de otra persona.

**Qué probabilidades hay de que visite uno de estos lugares para mantenerse activo y**

**saludable?**

Biblioteca. O No O Quizás O Sí

Casa de vecinos, amigos o familiares. O No O Quizás O Sí

Espacios exteriores como parques o sitios verdes. O No O Quizás O Sí

Gimnasio pago o espacio para hacer ejercicios O No O Quizás O Sí

como YMCA o Planeta Fitness

Edificio de parque y recreación o centro O No O Quizás O Sí

ciudadano.

Edificio público, como un centro comercial O No O Quizás O Sí

o una casa club.

Centro para personas mayores. O No O Quizás O Sí

**¿Por tu parte, has vívido alguna de estas situaciones?**

Ha sido herido físicamente intencional por

¿Alguien que le brinda atención o cuidado? O Si O No O No Seguro

No pudo obtener cosas importantes que necesita

como alimentos o medicamentos, de alguien O Si O No O No Seguro

que se supone debe cuidar de usted.

¿Alguien ha intentado o ha logrado O Si O No O No seguro

“estafarle” por teléfono o en persona?

Le obligaron a renunciar de su casa u otras

pertenencias importantes en contra de su O Si O No O No Seguro

voluntad.

**¿Cuál es su mayor necesidad insatisfecha en este momento?**

**¿Qué se interpone en tu camino para poder conseguir la necesario para satisfacer está necesidad?**

Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a esta encuesta, comuníquese con

Centralina Area Agency on Aging at 800.508.5771, espere por las opciones para comunicarse

en Español y déjenos un mensaje con el personal.