

Age Strong (波士頓老人服務部) 正在进行这项调查, 以进一步了解波士顿老年人的需求和优先事项。这项调查将为 Age Strong Plan (年长者事务计划) 提供信息, 该计划旨在使波士顿对所有年龄段的人都具有包容性且所有年龄段的人都适合在波士顿生活。这是一次宝贵的机会, 让您的声音被听到! 您的回复将帮助制定 Age Strong 在未来几年的工作和资金决策, 帮助打造一个我们都能在其中慢慢变老的波士顿。您的回复将作保密处理, 不会在 Age Strong 和老年事务执行办公室 (Executive Office of Elder Affairs) 之外分享。

1. 需求: 请查看以下列表, 并选择您因年龄大而存在的最重要的需求。每个类别下的示例并不包括所有可能的示例, 因此即使您没有看到列出的具体需求, 您也可以选择一个类别。

选择所有对您来说重要的需求:

- 获得服务:** 获得食品/SNAP (补充营养援助计划) 福利和财务服务方面的帮助, 并申请医疗保险。
- 负担得起的医疗护理:** 获得负担得起的医疗服务、保险, 管理处方费用。
- 获得医疗护理:** 寻找医生、获得医疗服务、参加预防跌倒课程、探索替代性医疗选项和接受医疗家访。
- 经济适用房:** 寻找经济适用房, 列入补贴单元的等候名单, 获得租赁援助。
- 住房无障碍和维护:** 寻找无障碍住房, 协助进行房产维修和维护。
- 保持自理能力的居家支持:** 帮助就地养老, 协助日常生活活动 (如洗澡、上厕所、穿衣、喂食、散步、打扮)、住房和房产维护 (除雪、草坪护理、清除落叶)、住房改造、一般任务、平衡和行动问题, 以及获得所需的设备。
- 长期服务与支持:** 获得家庭护理服务, 改善长期护理机构的人员配备, 以及增加个案管理。
- 协助管理其他费用:** 协助管理非住房及与医疗护理无关的费用, 如税收、水电费、食品等。
- 法律服务:** 寻找法律顾问, 解决收入和公共福利、医疗护理、长期护理、营养、住房、公用事业、保护服务、虐待、忽视、年龄歧视和监护辩护等方面的问题。
- 心理和行为健康支持:** 寻找心理健康课程和教育, 咨询, 帮助缓解抑郁, 焦虑和压力, 解决酒精和药物滥用问题。
- 营养支持:** 获得健康食品, 帮助准备膳食, 配送援助, 解决粮食不安全问题。
- 安全与保障:** 针对平衡和预防跌倒而进行住房改造, 应对虐待、剥削、苛待、公共安全和社区安全。
- 交通服务获取和可用性:** 为参加约诊或社交活动寻找乘车服务, 更多乘坐巴士/拼车的机会, 帮助获得公共交通服务, 以及周末交通服务。
- 劳动力发展:** 寻找工作、灵活的工作机会、再培训机会以及高薪工作。

- 护理人员支持：**寻找计划以支付以下方面的费用：家庭护理人员、支持小组、对痴呆症患者的支持、教育计划、临时护理、日间中心和成人日间健康计划，以及为抚养孙辈的祖父母提供的信息。
- 协助解决社会孤立问题：**寻找伴侣、获取可负担技术、电话/互联网计划、定期连接以及正式和非正式支持。
- 休闲、娱乐和社交的机会：**寻找和参与社交活动、有关计划的信息、场所/博物馆的优惠价格和老年人户外场所。
- 公民参与/志愿者机会：**寻找志愿者机会，老年人社区参与，并参与邻里活动。
- 学习与发展机会：**寻找教育计划、学习新技能（例如使用电子邮件、互联网、应用程序等）以及数字技术培训。
- 保持活跃/促进健康：**查找健康老年人课程、身体健康信息、健身计划、老年人锻炼课程以及对护理人员的支持。
- 解决老年人歧视和年龄歧视：**防止基于年龄的负面成见、偏见和歧视。
- 克服语言/沟通障碍：**寻找口译/笔译服务，寻找不同语言的服务和资源信息，并报名参加 ESL 课程。
- LGBTQIA+ 支持：**寻找了解女同性恋、男同性恋、双性恋、变性者、酷儿、双性恋、无性恋和其他身份问题的提供者，融入社区，并获得处理偏见的支持。
- 灵性支持：**寻找基于信仰的活动，开发灵性成长的机会，并提供缺失的面对面服务。
- 其他（请具体说明）：** _____

2. 排名需求： 请根据您的重要性，对以上列表中选择的前 3 项需求进行排名。

要对需求进行排序，请返回到您刚刚完成的问题 1 列表，在对您最重要的需求旁边写“1”，在第二最重要的需求旁边写“2”，在第三最重要的需求旁边写“3”。

3. 您住在波士顿的哪个社区？

- | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allston | <input type="checkbox"/> Brighton | <input type="checkbox"/> Back Bay | <input type="checkbox"/> Beacon Hill | <input type="checkbox"/> Charlestown |
| <input type="checkbox"/> Chinatown/
Leather District | <input type="checkbox"/> Dorchester（公园
街以北） | <input type="checkbox"/> Dorchester（公园
街以南） | <input type="checkbox"/> Downtown | <input type="checkbox"/> East Boston |
| <input type="checkbox"/> Fenway | <input type="checkbox"/> Hyde Park | <input type="checkbox"/> Jamaica Plain | <input type="checkbox"/> Mattapan | <input type="checkbox"/> Mission Hill |
| <input type="checkbox"/> North End | <input type="checkbox"/> Roslindale | <input type="checkbox"/> Roxbury | <input type="checkbox"/> South Boston | <input type="checkbox"/> South End |
| <input type="checkbox"/> West End | <input type="checkbox"/> West Roxbury | <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |

4. 您在波士顿住了多久？

- 不到 5 年 5-14 年 15-24 年 25-34 年 35-44 年 45-54 年 55 年以上

5. 随着年龄的增长, 继续居住在您目前居住的社区对您来说有多重要? (仅勾选一项)

- 非常重要 有些重要 略微重要 根本不重要

6. 您是否为薪水而工作? 是, 全职 是, 兼职 寻找工作 已退休

7. 如果您正在找工作, 您面临哪些障碍? (选择所有适用项)

- 时间冲突 交通运输 年龄歧视 需要更多技能 残疾/缺陷
- 担心失去福利 护理责任 (老年人护理、配偶护理、
护理受抚养人) 我没有找工作 其他_____

8. 请指出您对以下陈述的同意程度: “我有足够的资源来满足我的财务需求, 包括住房维修、个人医疗护理和其他开支”。

- 非常同意 同意 不同意 非常不同意

9. 在过去 12 个月中, 您是否有过没钱购买以下必需品的情况? (选择所有适用项)

- 食品 住房 (租金/按揭) 交通运输 供暖 电力 处方
- 医疗需求 债务 儿童保育 护理 (老年人护理、配偶护理、护理受抚养人)
- 住房维修 有线电视/互联网 以上皆非 其他_____

10. 您是租房还是自住?

- 您或您家中的某个人所有, 并有按揭或贷款 您或您家中的某个人所有, 没有按揭或贷款
- 您或您家中的某个人租赁 其他_____

11. 您和谁住在一起? (选择所有适用项)

- 我一个人住 我的成年子女 (18 岁或以上) 配偶/伴侣 我的孙辈
- 其他亲属 我的子女 (18 岁以下) 宠物 其他人 (室友、朋友、非亲属)

12. 未来 5 年, 如果您需要搬离现在的住房, 您更喜欢波士顿的哪种住房? (选择所有适用项)

- 小型独户住宅 附属公寓 (现有住房的附加公寓) 公寓、共有公寓或联排别墅 55 岁以上退休社区
- 辅助生活社区 补贴住房 (凭住房券或豁免申请) 其他_____

13. 如果您要搬离现在的住所, 原因是什么? (选择所有适用项)

- 房屋面积 (想要更大或更小的空间) 住房成本 (房租/按揭、住房维修、房产税) 想住在设施不同的不同地区 离朋友/家人更近
- 随着年龄的增长, 需要能支持独立生活的住房 (例如: 没有楼梯的房屋) 不打算搬家 其他_____

14. 您的居住面积是否足够？
 居住面积足够（足够的空间） 居住面积过大（超过足够的空间）
 居住面积不足（空间不足，与朋友/家人同住）

15. 您每隔多久会感到有失去住房的风险（例如，无法支付账单、被驱逐或房产所有权发生变化）？

从不 经常 每月一次 最近六个月内 去年 我觉得将来有可能失去住房

***如果您面临失去住房的风险并需要帮助，请致电 617-635-4366，联系 Age Strong，住房团队的人员将为您提供帮助。如需在工作时间以外寻求帮助，请致电 3-1-1。**

16. 请指出您对以下陈述的同意程度：“我觉得我属于我居住的街区”。

非常同意 同意 不同意 非常不同意

17. 如果今天发生了紧急情况，您是否认识会去看望您和您的家人的邻居或社区成员？
 是 否 不确定

18. 语言是否是在波士顿获得服务的障碍？
 是 否

19. 您如何了解您所在街区的情况？(选择所有适用项)

报纸 电视 广播 邻居 朋友/家人 教会/信仰组织
 社区组织 标志/传单 互联网/社交媒体 其他_____

20. 请评价您对以下陈述的同意程度：“我觉得我知道从哪里可以获得有关服务、资源和活动的信息，以满足我的需求”。

非常同意 同意 不同意 非常不同意

21. 以下哪些情况目前适用于您？(选择所有适用项)：

- 存在虐待、忽视或剥削的问题
- 患有阿尔茨海默氏症或痴呆症
- 存在记忆或思维问题
- 需要参加文化或社会活动（如文化活动、宗教仪式、社会团体）
- 丧失视力
- 丧失听力
- 身体残疾（包括行动障碍和慢性身体健康问题）
- 身体虚弱
- 作为护理人员需要支持
- 是抚养孙辈的祖父母
- 有住房问题（如负担不起房租、生活条件不安全）
- 经常感到孤独或孤立（如社交有限、缺乏陪伴）

需要法律服务（如帮助解决住房问题、政府福利、授权书和法律咨询）

属于 LGBTQIA+ 社群

有心理或情绪健康问题（如焦虑、抑郁、压力）

需要膳食或营养方面的帮助（如做饭困难、需要送餐）

有就业或与工作相关的需求（如求职援助、工作场所辅助服务）

其他（请具体说明）： _____

人口统计信息

22. 您的年龄是多少？（填写）： _____

23. 我的性别认同是…

女性 男性 非二元性别，性别酷儿，
性别不符 我不确定 不想回答 其他 _____

24. 我的种族/民族身份是…（选择所有适用项。请注意，您可以报告多组。）

美洲印第安人或阿拉斯加原住民 亚洲人 黑人或非裔美国人 西班牙裔或拉丁裔 中东人或北非人

夏威夷原住民或太平洋岛民 白人 不想回答 其他 _____

25. 您是否在家里说除英语以外的语言？ 是 否

26. 如果是，您还会说哪些语言？ _____

27. 您的英语水平如何？ 非常好 很好 不好 完全不好

28. 您的家庭年总收入是否低于 \$20,000？（选填）

是 否 不想回答

29. 您目前是 MassHealth (白卡) 的会员吗？

是 否 我不知道

请在此处提供您想与我们分享的任何其他信息：

想加入 Age Strong 电子邮件列表吗？ _____

电子邮件地址

邮编

本次调查的所有信息均作保密处理。如果您选择注册我们的电子邮件列表，您的电子邮件地址、姓名和任何其他识别信息将不会链接到您对本次调查的答复。

您可以把調查寄回這個地址：

Attn: Ava Portela
Age Strong Commission
City of Boston
1 City Hall Square, Room 271
Boston, MA 02201