

ANKIETA DOTYCZĄCA ZDROWIA DLA MIESZKAŃCÓW LONG ISLAND

Pana/Pani opinia jest dla nas ważna!

Celem tej ankiety jest poznanie Pana/Pani opinii o kwestiach zdrowotnych ważnych dla naszej społeczności. Powiatowe Departamenty Zdrowia wraz ze szpitalami na terenie całej Long Island będą korzystać z wyników tej ankiety i innych informacji do celów dostosowywania programów zdrowotnych do potrzeb Pana/Pani społeczności. Prosimy o wypełnianie tylko jednej ankiety na osobę dorosłą, która ukończyła 18 lat lub starszą. Pana/Pani odpowiedzi na pytania w ankiecie są anonimowe. Dziękujemy za udział w naszej ankiecie.

1. Jakie są największe bieżące problemy związane ze zdrowiem w SPOŁECZNOŚCI, W KTÓREJ PAN/PANI MIESZKA?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Astma/choroby płuc | <input type="checkbox"/> Choroby serca i udar mózgu | <input type="checkbox"/> Bezpieczeństwo |
| <input type="checkbox"/> Nowotwory | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS i choroby | <input type="checkbox"/> Choroby, którym można zapobiegać za pomocą szczepień |
| <input type="checkbox"/> Zdrowie dzieci | <input type="checkbox"/> weneryczne | |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca | <input type="checkbox"/> Zdrowie kobiet | <input type="checkbox"/> Otyłość/problemy dot. utraty wagi |
| <input type="checkbox"/> Narkomania i alkoholizm | <input type="checkbox"/> Zdrowie psychiczne | <input type="checkbox"/> Inne (proszę podać) |
| <input type="checkbox"/> Zagrożenia środowiskowe | <input type="checkbox"/> depresja/samobójstwa | _____ |

2. Jakie Pani/Pana bieżące problemy związane ze zdrowiem niepokoją PANA/PANIĄ najbardziej?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Astma/choroby płuc | <input type="checkbox"/> Choroby serca i udar mózgu | <input type="checkbox"/> Bezpieczeństwo |
| <input type="checkbox"/> Nowotwory | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS i choroby | <input type="checkbox"/> Choroby, którym można zapobiegać za pomocą szczepień |
| <input type="checkbox"/> Zdrowie dzieci | <input type="checkbox"/> weneryczne | |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca | <input type="checkbox"/> Zdrowie kobiet | <input type="checkbox"/> Otyłość/problemy dot. utraty wagi |
| <input type="checkbox"/> Narkomania i alkoholizm | <input type="checkbox"/> Zdrowie psychiczne | <input type="checkbox"/> Inne (proszę podać) |
| <input type="checkbox"/> Zagrożenia środowiskowe | <input type="checkbox"/> depresja/samobójstwa | _____ |

3. Co uniemożliwia Tobie i Twojej rodzinie uzyskanie pomocy medycznej? (Proszę sprawdzić maksymalnie 3)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Przekonania kulturowe/religijne | <input type="checkbox"/> Brak dostępności lekarzy | <input type="checkbox"/> Niemożność uiszczenia |
| <input type="checkbox"/> Brak wiedzy, jak znaleźć lekarzy | <input type="checkbox"/> Bariery językowe | <input type="checkbox"/> współpłatności/udziału własnego |
| <input type="checkbox"/> Nie rozumieją, że powinni pójść do lekarza | <input type="checkbox"/> Brak ubezpieczenia | <input type="checkbox"/> Nie ma żadnych barier |
| | <input type="checkbox"/> Transport | <input type="checkbox"/> Inne (proszę podać) _____ |
| <input type="checkbox"/> Strach (np. brak gotowości, aby stawić czoła problemom ze zdrowiem/rozmawiać o nich; status imigranta) | | |

4. Które z poniższych pozycji w NAJWIĘKSZYM STOPNIU przyczyniłyby się do poprawy sytuacji zdrowotnej w Pana/Pani społeczności?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Czyste powietrze i woda | <input type="checkbox"/> Świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego | <input type="checkbox"/> Programy rzucania palenia |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitacja osób dotkniętych narkomanią i alkoholizmem | <input type="checkbox"/> Obiekty rekreacyjne | <input type="checkbox"/> Transport |
| <input type="checkbox"/> Zdrowsze odżywianie | <input type="checkbox"/> Opcje bezpiecznej opieki przedszkolnej | <input type="checkbox"/> Programy utraty wagi |
| <input type="checkbox"/> Możliwości zatrudnienia | | <input type="checkbox"/> Bezpieczne miejsca do spacerów/zabawy |
| <input type="checkbox"/> Bezpieczne miejsca pracy | | <input type="checkbox"/> Inne (proszę podać) _____ |

5. Jakie badania przesiewowe lub usługi edukacyjne/informacyjne są potrzebne w Pana/Pani społeczności?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ciśnienie krwi | <input type="checkbox"/> Zaburzenia odżywiania | <input type="checkbox"/> Zdrowie psychiczne/depresja |
| <input type="checkbox"/> Nowotwory | <input type="checkbox"/> Gotowość na wypadek sytuacji wyjątkowej | <input type="checkbox"/> Odżywianie |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol | <input type="checkbox"/> Aktywność fizyczna | <input type="checkbox"/> Opieka prenatalna |
| <input type="checkbox"/> Przeglądy stomatologiczne | <input type="checkbox"/> Choroby serca | <input type="checkbox"/> Zapobieganie samobójstwom |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS i choroby weneryczne | <input type="checkbox"/> Szczepienia |
| <input type="checkbox"/> Informacje o epidemiach | | <input type="checkbox"/> Inne (proszę podać) |
| <input type="checkbox"/> Narkotyki i alkohol | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Znaczenie rutynowych badań kontrolnych | | |

6. Gdzie Pan/Pani i Pana/Pani rodzina uzyskuje większość informacji na temat zdrowia? (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lekarz/personel medyczny | <input type="checkbox"/> Biblioteka | <input type="checkbox"/> Media społecznościowe (Facebook, Twitter itp.) |
| <input type="checkbox"/> Rodzina lub znajomi | <input type="checkbox"/> Gazety/czasopisma | <input type="checkbox"/> Telewizja |
| <input type="checkbox"/> Departament Zdrowia | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Miejsce pracy |
| <input type="checkbox"/> Szpital | <input type="checkbox"/> Organizacja religijna | <input type="checkbox"/> Inne (proszę podać) |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Szkoła/szkoła wyższa | _____ |

Proszę wypełnić poniższe pola (dane te są gromadzone wyłącznie do celów statystycznych):

Określam siebie jako: Mężczyznę Kobietę Inne

Proszę podać swój wiek: _____

Proszę podać swój kod ZIP: _____ **Miejscowość, w której Pan/Pani mieszka:** _____

Za przedstawiciela jakiej rasy Pan/Pani się uważa?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Biała/Kaukaska | <input type="checkbox"/> Rdzenny Amerykanin | <input type="checkbox"/> Wielorasowa |
| <input type="checkbox"/> Czarna/Afroamerykanin | <input type="checkbox"/> Azjatycka/rasa mieszkańców wysp Pacyfiku | <input type="checkbox"/> Inne (proszę podać) |
- _____

Czy jest Pan/Pani pochodzenia latynoskiego? Tak Nie

W jakim Pan/Pani rozmawia w domu (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi)

- | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angielski | <input type="checkbox"/> Portugalski | <input type="checkbox"/> Hiszpański | <input type="checkbox"/> Włoski | <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Polski |
| <input type="checkbox"/> Chiński | <input type="checkbox"/> Koreański | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Haitański kreolski | <input type="checkbox"/> Francuski kreolski | <input type="checkbox"/> Inny |

Ile wynosi Pana/Pani roczny dochód gospodarstwa domowego ze wszystkich źródeł?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0 - 19 999 USD | <input type="checkbox"/> 20 000 - 34 999 USD | <input type="checkbox"/> 35 000 - 49 999 USD |
| <input type="checkbox"/> 50 000 - 74 999 USD | <input type="checkbox"/> 75 000 - 125 000 USD | <input type="checkbox"/> Powyżej 125 000 USD |

Jaki jest Pana/Pani najwyższy poziom uzyskanego wykształcenia?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Szkoła podstawowa (8 klas) | <input type="checkbox"/> Technikum | <input type="checkbox"/> Magister |
| <input type="checkbox"/> Nieukończona szkoła średnia | <input type="checkbox"/> Nieukończone studia | <input type="checkbox"/> Doktorat |
| <input type="checkbox"/> Ukończona szkoła średnia | <input type="checkbox"/> Licencjat | <input type="checkbox"/> Inne (proszę podać) |
- _____

Jaki jest Pana/Pani obecny status zatrudnienia?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Praca na etacie (pensja) | <input type="checkbox"/> Samozatrudnienie | <input type="checkbox"/> Nie mam pracy i szukam pracy |
| <input type="checkbox"/> Student | <input type="checkbox"/> Emeryt | <input type="checkbox"/> Nie mam pracy, ale obecnie nie szukam pracy |
| <input type="checkbox"/> Praca w wojsku | | |

Czy posiada Pan/Pani obecnie ubezpieczenie zdrowotne? Tak Nie Nie, ale miałem/-am je w przeszłości

Jakiego rodzaju ubezpieczenie Pan/Pani posiada? (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi)

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Prywatne/Komercyjne | <input type="checkbox"/> Brak ubezpieczenia |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|---|

Masz dostęp do niezawodnego internetu w swoim domu? Tak Nie

Jeśli ma Pan/Pani problemy zdrowotne lub trudności z dostępem do opieki zdrowotnej, proszę zadzwonić do Long Island Health Collaborative, aby móc skorzystać z dostępnych zasobów:
631-257-6957.

Wypełnioną ankietę prosimy przesłać na adres:
LIHC
Nassau-Suffolk Hospital Council
1383 Veterans Memorial Highway, Suite 26
Hauppauge, NY 11788
Wypełnioną ankietę można też przesłać faksem:
631-716-6920

Wszystkie szpitalne non-profit na terenie Long Island oferują pomoc finansową na pokrycie kosztów ratunkowego lub niezbędnego medycznie leczenia osobom, które nie są w stanie pokryć całości lub części kosztów leczenia. Informacje o pomocy finansowej oferowanej przez poszczególne szpitale na Long Island można uzyskać na ich stronach internetowych.

