



阿拉米达县
区域老龄机构



如果您居住于阿拉米达县，且年满
55 岁，请填写本调研问卷，否则
请勿填写。

谢谢！

请花 10 至 15 分钟填写本调研问卷，
帮助我们了解如何使阿拉米达县更适
合老年人居住。您提供的一切信息将
不会与其他任何人分享。

1. 您的年龄是？ _____ 拒绝透露
(请在此填入数字，例如：60)

2. 您住在哪个城市？

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 阿拉米达 (Alameda) | <input type="checkbox"/> 费尔维尤 (Fairview) | <input type="checkbox"/> 圣利安卓 (San Leandro) |
| <input type="checkbox"/> 奥柏尼 (Albany) | <input type="checkbox"/> 费尔蒙 (Fremont) | <input type="checkbox"/> 圣罗伦佐 (San Lorenzo) |
| <input type="checkbox"/> 艾许兰 (Ashland) | <input type="checkbox"/> 海沃德 (Hayward) | <input type="checkbox"/> 苏诺 (Sunol) |
| <input type="checkbox"/> 伯克利 (Berkeley) | <input type="checkbox"/> 利佛摩 (Livermore) | <input type="checkbox"/> 联合市 (Union City) |
| <input type="checkbox"/> 卡斯特罗谷 (Castro Valley) | <input type="checkbox"/> 纽华克 (Newark) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 彻里兰 (Cherryland) | <input type="checkbox"/> 奥克兰 (Oakland) | (若非位于阿拉米达县，请勿
填写本调研问卷) |
| <input type="checkbox"/> 都柏林 (Dublin) | <input type="checkbox"/> 皮蒙特 (Piedmont) | |
| <input type="checkbox"/> 爱莫利维尔 (Emeryville) | <input type="checkbox"/> 普利森顿 (Pleasanton) | |

资源与服务的可获取性

3. 下列各项陈述询问您是否认为您本人能获取到这些资源与服务。请勾选“是”、“否”或“不知道”。

“我能获取到这项资源或服务。”	是	否	不知道
欢迎您的社交场所（例如社区中心、社区组织或宗教组织等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您能负担得起的社交场所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
适合您的健身和锻炼活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
免费或价廉的学习机会（例如学习了解电脑、互联网、健康、政治等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
针对您年龄段的工作机会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您在社区担任志愿者的机会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您在地方或社区决策中的参与机会（例如政治活动和会议、全体大会、委员会等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以您能理解的语言提供的新闻和活动信息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您能舒适使用的电脑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在您有需求时（例如医疗服务、食物、搭车等），可求助于可靠的信息来源	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
当您无法理解时（例如填表、理解某些要求等），可求助于可靠的信息来源	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
适合您的文化、以您能理解的语言提供的健康服务（例如初级保健、特殊护理等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
适合您的文化、以您能理解的语言提供的情感健康服务（例如抑郁、焦虑等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您能负担得起的新鲜蔬果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
助您在社区里感到安全的资源（例如社区防卫网络或警察巡逻）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您行走的人行道清洁干净、保存完好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
街道与十字路口安全、灯光明亮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您能负担得起的交通出行方式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您能轻松使用的交通出行方式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
廉租房	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
适合您需求的住房	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

关于老龄的担心

4. 您现在对以下各项陈述的担心程度如何？请在 1 至 5 分的范围内打分（1 分为不担心，5 分为非常担心）

“我对这件事的担心程度是.....”	不担心		有点担心		非常担心
	1	2	3	4	5
因为以往和现在的贡献而受到社区的重视	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
参与影响您生活方式的决策	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
能够成为其他人的照料者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
能够在生活中为家属提供经济支持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
能够准备健康有营养的食物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
摔跤（摔跤的风险）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
随着年龄增大，依然能负担得起住房	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
随着年龄增大，依然能住在现在的房屋里	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
有能力维持您的家	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
拥有足够收入满足所有基本需求（例如食物、医疗、住房等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
拥有足够收入为未来进行储蓄和规划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
找到医疗保健提供者（例如医生）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人身安全和免受虐待	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日益频繁或恶化的犯糊涂或失忆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感到焦虑或有压力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
受到其他人的孤立	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 您对未来存在哪些担心？ _____

6. 您在社区里是积极的志愿者吗？ 是 不是

7. 您有兴趣担任志愿者吗？ 有 没有

您的更多个人信息

8. 您的邮编是? _____
(请在此填写邮编, 例如 94605)

9. 您是退伍军人吗? 是 不是

10. 您是退伍军人的家属吗? 是 不是

11. 您是西班牙裔吗? 是 不是

12. 您的种族是什么?

- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
 黑人 白人

- 亚裔或太平洋岛民
 拒绝透露

13. 您的主要语言是什么?

(请在此填写语言, 例如英语)

14. 您的性别是? (勾选最能描述您当前性别认同的一项):

- 男性 女性 跨性别男性 跨性别女性
 性别酷儿/非二元性别 其他 _____ 拒绝透露

15. 您的出生性别是? (勾选一项)

- 男性 女性 拒绝透露

16. 您如何描述您的性取向或性身份? (勾选一项)

- 异性恋 双性恋 同性恋
 疑性恋/不确定 其他 _____
 拒绝透露

17. 您当前与谁居住? 请勾选所有适用的选项。

- 没人 (独居) 一大家子人
 配偶/另一半 朋友/熟人
 父母 其他 _____
 孩子

18. 您当前居住的住房类型是？

- 独栋房屋
- 公寓大厦/排屋
- 公寓
- 移动房屋/拖车
- 酒店/寄宿公寓
- 养老院/辅助生活型住房
- 专业护理机构
- 独立退休社区
- 居无定所
- 共享房屋
- 其他 _____

19. 您生活中有照料者吗？（如有，请勾选所有适用项）

- 没有，我没有照料者
- 家人/熟人
- 居家扶助服务 (IHSS)
- 私人付费型照料者

20. 您是其他人的照料者吗？

- 不是
- 是，对方不满 18 岁
- 是，对方年龄在 19 至 54 岁之间
- 是，对方年逾 55 岁

21. 您使用哪种交通出行方式？（请勾选所有适用项）

- 自驾车
- 亲戚驾车载您
- 朋友驾车载您
- 公共交通
- 出租车
- 辅助客运 (Para-Transit)
- 志愿司机项目
- 自行车
- 步行
- 其他 _____

22. 您如何描述您当前的工作状态？

- 全职工作
- 兼职工作
- 退休
- 失业——不在找工作
- 失业——正在找工作

23. 您是否在日常活动中遇到以下方面的任何限制？请勾选所有适用项。

- 听觉
- 视觉
- 行动能力
- 失忆
- 其他 _____

24. 您是否遇到以下任何健康问题？请勾选所有适用项。

- 癌症
- 糖尿病
- 心脏病
- 中风
- 关节炎
- 肥胖症
- 哮喘
- 其他 _____

25. 您是否有任何未来规划文件？请勾选所有适用项。

- 遗嘱
- 委托书
- 医疗照护事前指示
- 埋葬计划
- 长期护理保险
- 没有

26. 仅出于统计目的，您的年度总收入是多少？

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0 - \$12,490 | <input type="checkbox"/> \$26,001 - \$35,000 | <input type="checkbox"/> \$60,001 - \$85,000 |
| <input type="checkbox"/> \$12,491 - \$17,500 | <input type="checkbox"/> \$35,001 - \$45,000 | <input type="checkbox"/> \$85,000 以上 |
| <input type="checkbox"/> \$17,501 - \$26,000 | <input type="checkbox"/> \$45,001 - \$60,000 | |

27. 您如何得知本调研问卷？

- 电子邮件 网站 信件 老年中心 非盈利机构 基于信仰的机构
 其他_____

您有其他想要分享的吗？ _____

感谢您抽出时间与我们分享您的想法！您的意见十分宝贵，可以帮助阿拉米达县成长为一个更加适合老年人的社区。请将问卷交回如下地址：Alameda County Area Agency on Aging Lobby, 6955 Foothill Boulevard, Suite 143, Oakland, CA 94605。