



Seniors Council/Area Agency on Aging 234 Santa Cruz Ave., Aptos, CA 95003

2019 SENIOR (AGE 60+) SURVEY

2019 Encuesta para personas mayores (60 años o más)

Tus respuestas son completamente anónimas. Nos ayudarán a planificar servicios y abogar por fondos para satisfacer las necesidades de nuestra creciente población de adultos mayores en los condados de Santa Cruz y San Benito. ¡Gracias por tu tiempo!

Usted puede tomar esta encuesta en línea en www.seniorscouncil.org

¿Alguno de estos es un desafío para ti?

- | | Sí | No | algunas veces |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Para pagar la hipoteca o la renta de mi casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| He estado en riesgo de perder mi vivienda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mantenimiento de mi casa (jardín, reparaciones) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Los quehaceres domésticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Para pagar por asistencia en mi casa si lo necesito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pagar los costos de atención médica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Para pagar por mis medicinas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Para pagar por mi cuidado dental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La gestión de la deuda, incluyendo tarjetas de credito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tienes dinero ahorrado para gastos inesperados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Obtención de ayuda legal para temas como prestaciones o vivienda. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La comprensión de Medicare/cobertura de Medi-Cal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sentirse solo o aislado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sentirse triste o deprimido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Encontrar a una persona confiable para ayudarme si lo necesito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Encontrar empleo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Preocupaciones con alguien que está manejando sus finanz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sentido asustado o lastimado por un pariente o un cuida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se siente usted seguro en su vecindad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido una caída entre los últimos seis meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Acceso a la nutrición

- | | Sí | No | algunas veces |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene suficiente dinero para comprar alimentos para comprar alimentos para comidas saludables y balanceadas cada mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Puedes llegar a la tienda de comestibles, comprar comida y llevar las bolsas de comestibles a casa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Eres físicamente capaz de cocinar comidas nutritivas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Lo usas: Teléfono móvil computadora en mi casa computadora pública iPad/tablet:

¿Tiene alguien para ayudarle si usted lo necesita? Sí No

Si la respuesta es sí: Familia Amigo Vecino Cuidador contratado

¿Qué tipo de ayuda te dan? que hacer doméstico Prepare las comidas Paños

Compras Trabajo de yarda Compañerismo Otra cosa: _____

¿Proporcionas ayuda a alguien más? Sí No

¿A quién cuidas? Esposo/a o compañero/a Amigo/vecino Otro pariente (adulto)

¿Qué tipo de ayuda les das? que hacer doméstico Prepare las comidas Paños

Compras Trabajo de yarda Otra cosa: _____

¿Cómo te sientes estresado o cargado como cuidador?

Lo estoy haciendo bien Estoy un poco estresado Estoy muy estresado Estoy abrumado

¿La persona que cuidas tiene Alzheimer u otra demencia? Sí No

¿Qué tipo de ayuda necesita como cuidador? Respiro para que pueda tomar un descanso

Información, ayuda para encontrar servicios Grupos de apoyo Educación Otro: _____

Información sobre hogares de ancianos / instalaciones Alguien que me ayude a navegar el sistema

¿Cuidas regularmente a un nieto? Sí No Horas por semana: _____

¿Sabe a quién llamar si necesita información sobre los servicios? Sí No

¿Cómo obtiene actualmente información sobre los programas para personas mayores?

Senior Network Services teléfono guía de recursos sitio web Live Oak Watsonville

Jovenes de Antaño (San Benito Co.) teléfono centro comunitario sitio web

211 centro para personas mayores amigos periódico internet Iglesia

Otro: _____

¿Como obtiene información sobre los programas para personas mayores? Sí No

¿Está recibiendo ayuda de cualquier programa para personas mayores en esta momento?

Meals on Wheels Meals at Senior Dining Centers Rides to Senior Meal Sites

Grey Bears (Brown Bag Food Program) Brown Bag Food Program (San Benito Co.)

Senior Legal Assistance Project SCOUT Tax Assistance Helping Hands Home Repair

Peer Counseling Services for low vision/blind Elderday (Adult Day Health Care)

HICAP (Assistance with Medicare enrollment and plans)

In-Home Supportive Services (IHSS) MSSP Adult Protective Services

Ombudsman (for families and residents of skilled nursing and assisted living facilities)

Home Help/ Respite Registry (Senior Network) Home Care Agency Private Caregiver

Other: _____

Apoyo del cuidador: Programa de apoyo para cuidadores familiares (Senior Network Services)

Programa de apoyo para cuidadores familiares (Jovenes de Antaño)

Del Mar Caregiver Resource Center Alzheimer's Association

En general, cuando necesitas llegar a algún lugar, ¿cómo llegas allí?

- conducir yo mismo amigo/familiar Conductor voluntario Uber/Lyft
 SC Metro Bus SC Paracruz Metro Lift Line
 Marcar un viaje/al-a-Ride/Condado Express(San Benito Co.) Jovenes de Antaño

¿Es siempre difícil para ti llegar a: citas médicas compras eventos sociales

Actualmente, soy: Activo Movil, pero con algunas limitaciones sale de su casa

En comparación con otras personas de su edad, diría que su salud es:

- excelente bueno/a justo/a pobre

¿Cual es la cosa mas importante que usted necesita para mantenerse independiente en su casa?

¿Cuál es la cosa más importante que usted necesita para mejorar la calidad de su vida?

¿Cuál es su mayor preocupación mirando hacia adelante a medida que envejece?

Por favor complete esta sección Tus respuestas son totalmente anónimas.

Edad: 60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 85-89 90+

Codigo Postal: _____ **¿Vive usted solo/a?** c Sí c No **¿Veterano?** Sí No

Estado Civil: ___ Casado ___ Soltero ___ Vudo ___ Divorciado ___ pareja de convivencia

Ingreso Anual: \$12,490 o menos \$12,491-\$24,999 \$25,000-\$49,999

\$50,000 o más

Número de gente en su hogar: _____

Raza/Etnicidad: ___ Blanco ___ Hispano ___ Afro americano

Asiática/o - Raza: _____ Nativo hawaiano isleño pacífico

___ Los indios americanos/nativos de Alaska ___ Otro: _____

Empleo: tiempo completo medio tiempo buscando trabajo retirado

Educación: Primaria Secundaria Universidad Graduado de la universidad

Hogar: C Dueño de casa con hipoteca C Dueño de casa sin hipoteca Casa móvil

Inquilino viviendas para personas mayores vivir con un familiar o amigo sin techo / sin hogar

¿Cuál era su sexo al nacer? c mujer c hombre

¿Cuál es su género? c mujer c hombre c. Hombre transgénero

Mujer transgénero Queer o de género no binario c Prefiero no responder

¿Cómo describiría su orientación sexual o identidad sexual?

Heterosexual Bisexual Gay/Lesbiana/persona que siente atracción hacia una persona del mismo sexo

Cuestionándose /en duda Otro: _____ Prefiero no responder

¡Gracias por su respuesta!

**SI NECESITA AYUDA O INFORMACIÓN SOBRE LOS PROGRAMAS
LLAME 1-800-510-2020**



CONSULADO DE PERSONAS MAYORES/

AGENCIA DE ÁREA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

**CELEBRANDO 40 AÑOS SIRVIENDO A LOS CONDADOS DE SANTA CRUZ Y SAN
BENITO COMO LA AGENCIA DE ÁREA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO**

Para mas informacion acerca del Consulado de Personas Mayores visite a:

www.seniorscouncil.org

o llame al 831-688-0400

**PARA REGRESAR POR CORREO, DOBLE EL PAPEL POR LA MITAD Y USE
CINTA ADHESIVA EN CADA LADO. SE REQUIERE ESTAMPILLA**

**Seniors Council/Area Agency on Aging
234 Santa Cruz Avenue
Aptos, CA 95003**