

2015 ESAAA - Evaluación de las Necesidades de los Adultos Mayores de 60 Años

Por favor Ayude a Nuestra Agencia del Envejecimiento de la Eastern Sierra (ESAAA) con el Plan para las necesidades de las Personas Mayores en su Comunidad.

*Por favor devuelva la Encuesta Completa para el 06 de Noviembre del 2015 al:
163 May Street, Bishop, CA 93514,
o dejarla en el Centro de Ancianos más cercano a usted
o darsela a su conductor de comidas a domicilio.*

Los residentes del condado de Mono : usted puede completar también email la evaluaciones a kpeterston@mono.ca.gov o devolverlos a cualquier oficina de Servicios Sociales del condado de Mono en Walker , Bridgeport , o Mammoth

1. ¿Quién está completando esta Evaluación de las Necesidades?

- Usted Mismo Su Cuidador Su Proveedor de Servicios Otro _____

2. Por favor, Marque la casilla junto a la Ciudad / Comunidad donde Reside el Adulto (60 años) Mayor:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Walker/Coleville | <input type="checkbox"/> Chalfant Valley | <input type="checkbox"/> Independence |
| <input type="checkbox"/> Bridgeport | <input type="checkbox"/> Round Valley/Mustang Mesa | <input type="checkbox"/> Lone Pine |
| <input type="checkbox"/> Lee Vining | <input type="checkbox"/> Aspendell/Bishop Creek/Starlite | <input type="checkbox"/> Olancha/Cartago |
| <input type="checkbox"/> June Lake | <input type="checkbox"/> Bishop | <input type="checkbox"/> Keeler/Darwin |
| <input type="checkbox"/> Mammoth Lakes | <input type="checkbox"/> Wilkerson/Keoughs | <input type="checkbox"/> Furnace Creek |
| <input type="checkbox"/> Crowley Lake/Sunny Slopes | <input type="checkbox"/> Big Pine | <input type="checkbox"/> Tecopa/Shoshone |
| <input type="checkbox"/> Swall Meadows/Paradise | <input type="checkbox"/> Aberdeen | <input type="checkbox"/> Charleston View |
| <input type="checkbox"/> Benton | | |

3. A continuación se enumeran las cuestiones que puedan Afectar a la Calidad de Vida de los Adultos (60+) Mayores en las Comunidades mencionadas.				
Por favor, Marque la casilla junto a cada tema que mejor se adapte a su nivel de necesidad, o el nivel de necesidad del adulto mayor (60 años) que están completando esto para.	No Ayuda Necesaria	Necesidad se esta Cumpliendo	Pregunta General o Ayuda Necesaria General	Pregunta Legal o Ayuda Necesaria Legal
Nutrición/Cuidado Diario/Actividades Diarias				
Adquirir Alimentación y Nutrición Adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtener ayuda con Actividades de la Vida Diaria: vestirse, comer, bañarse, movilidad y medicación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda con actividades domésticas como la limpieza y lavandería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad de actividades sociales o recreativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingresos				
Tener suficiente dinero para vivir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtener ayuda con el manejo de dinero, tarjetas de crédito, deudas o impuestos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda/Utilidades/Trabajo				
Conseguir una vivienda adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posibilidad de conseguir un trabajo o seguir trabajando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de la Salud/Cuidado a Largo Plazo				
Información sobre el Medicare, el Seguro de Cuidado a Largo Plazo u otros asuntos de Seguros de Salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lidiar con el dolor, la pérdida, sentirse aislado o deprimido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportación				
El acceso al Transporte local para hacer compras y el acceso a los Servicios Locales o al Centro Local de Ancianos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El acceso a los Servicios de Salud debido a la falta de transporte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El acceso a los Servicios de Salud Mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acceso a los servicios de Abuso de Sustancias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El acceso al Transporte fuera de la zona para las Necesidades Médicas o de Otro Tipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de Protección/Abuso de Ancianos/Tutela/Legal				
Obtener información sobre los Servicios o beneficios para las Personas Mayores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtener asistencia legal para asuntos tales como Contratos, Testamentos, Planificación Patrimonial u otras Cuestiones Legales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Si usted se enterara de que Califica para recibir Estampillas de Comida (Cupones de Alimentos), ¿Estaría interesado en recibir una Tarjeta de CalFresh para la Compra de Comestibles? Sí Alo Mejor No

Por favor, Cuéntenos acerca de Usted o del Adulto Mayor (60 años) del que está completando esto para.

**** Estamos obligados a recopilar esta información con el fin de recibir dinero Estatal y Federal para pagar los Servicios de Ancianos Locales ****

5. Su Edad: 59 y Menor 60-64 Años 65-74 Años 75-84 Años 85-94 Años 95 y Mayor

6. ¿Es usted un Veterano? Sí No

7. Etnicidad (Por favor, Elija sólo uno) Caucásico / Blanco Asiático
 Afroamericano Indio Americano o Nativos de Alaska Multirracial
 Hispano / Latino Nativo de Hawai o Islas del Pacífico Otro

8. Te identificas como: Heterosexual Gay o Lesbiana Bisexual Disminución de Respuesta

9. Educación (Marque el Nivel más alto de Grado Completado):
 Grado 0-8 Grado 9-12 Algo de Universidad Graduado de la Universidad Poste Grado Graduado

10. ¿Es el Inglés el idioma principal que se habla en su hogar? Sí No Si no, ¿Qué Idioma es Primordial? _____

11. ¿Usted tiene algunas barreras contra el idioma cuando esta en Búsqueda de Servicios? Sí No

12. Ingreso Estimado total de los Hogares del Año pasado (2014) Menos de \$11,770 \$11,771 - \$15,930 \$15,931 - \$20,090
 \$20,091 - \$24,250 \$24,251 - \$28,410 \$28,411 - \$32,570 Más de \$32,570 | Disminución de Respuesta

13. ¿Te sientes aislado (no por elección) en su situación de vida actual? Sí No
En caso afirmativo, por favor explique: _____

14. ¿Usted se siente personalmente aislado en cualquiera de las siguientes áreas? Cultural Social Geográfica

15. ¿Usted vive solo? Sí No Si no, ¿Cuál es el número de miembros regulares de la casa (incluido usted)? _____

16. ¿Cuál es su situación de Vida Actual?

- Vivo en Mi Propia Casa (Propia o Renta)
 Vivo en un Hotel, Motel o en otro lugar
 Vivo en la casa de un hijo u otro pariente

- Vivo en un Centro de Atención a Largo Plazo, tales como una Casa de
Pensión y Cuidado Vida asistida o Centro de Enfermería
 Sin residencia estable en este momento

17. ¿Qué medio de transporte usas más a menudo (por favor, marque sólo una)?

- Mi propio Vehículo Familiares No tengo Transporte disponible
 Tránsito Público Amigos Otro

18. ¿Usted actualmente proporciona Atención Regular o el Apoyo a una Persona de 60 años o mayor en los Condados de Inyo o Mono? Sí No

19. Si vive con un niño menor de 18 años, ¿Es usted el cuidador principal? Sí No
En caso afirmativo, ¿Es usted el padre de este niño? Sí No

Ninguno ESAAA, El condado de Inyo, ni el condado de Mono es capaz de financiar la totalidad de los servicios descritos, pero trabajamos con nuestros socios de la comunidad para ayudar a satisfacer nuestras necesidades de la comunidad.

Gracias por tomarse el tiempo con ayudarnos completando esta Evaluación de Necesidades!