

Washington County

Encuesta comunitaria del condado de Washington de 2020

Washington County Disability, Aging and Veteran Services (Servicios para Personas con Discapacidad, Mayores y Veteranos del condado de Washington (DAVS)) están recopilando información para conocer las necesidades de los veteranos, de las personas con discapacidad y de los adultos mayores en nuestra comunidad.

Los DAVS del condado de Washington (Washington County DAVS) usarán la información que se reúna con esta encuesta para identificar deficiencias, potenciar recursos y priorizar servicios. El plan estratégico que se creará para satisfacer las necesidades identificadas con esta encuesta se denominará el 2021-2024 Disability, Aging and Veteran Services Area Plan (Plan para el Área de Servicios para Personas con Discapacidad, Mayores y Veteranos 2021-2024). Es un requisito de la Ley de Americanos Mayores.

Esta encuesta es anónima y flexible. No le preguntaremos su nombre. Puede obviar cualquier pregunta que no quiera responder y puede parar en cualquier momento. Sus respuestas nos ayudarán mucho para servir a nuestra comunidad de la mejor manera posible.

¡Muchas gracias por su tiempo! Apreciamos sus comentarios.

Cuenta con asistencia disponible para hacer esta encuesta por teléfono. Esta encuesta también está disponible en árabe, chino, coreano, ruso, somalí, español o vietnamita. Si quiere hacer esta encuesta en otro idioma o si necesita cualquier otro cambio o asistencia, llame al 503-846-3060 opción 1.



WASHINGTON COUNTY
OREGON

Department of Health and Human Services
Disability, Aging and Veteran Services



CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS

Nos interesa saber qué tan familiarizadas están las personas con los servicios que prestan los Washington County Disability, Aging and Veteran Services.

1 Si quisiera ayuda con cualquiera de los siguientes puntos, ¿sabría cómo encontrarla?

Sí Sí y actualmente me gustaría saber No y no estoy interesado No estoy seguro

Necesidades básicas

Tener disponible transporte accesible

Recibir asistencia para administrar mis finanzas personales

Poder bañarme, vestirme o hacer labores domésticas

Tener comida suficiente para comer

Recibir ayuda para cuidar a un miembro de la familia o a un amigo

Lograr que mi casa sea segura y accesible

Salud y bienestar

Sobrellevar sentimientos de soledad

Encontrar actividades sociales seguras

Contar con servicios específicos para mi cultura o identidad

Resguardar a los adultos mayores del abuso y del fraude

Tratar enfermedades o dolor crónicos

Prevenir caídas

Recibir apoyo para mí como cuidador

Navegación en el sistema

Elegir opciones de atención

Obtener ayuda con Medicare

Acceder a los servicios legales

Navegar por los servicios para personas sin techo y prevenir el desalojo

Acceder a los beneficios para veteranos

Para asegurarnos de que los Washington County Disability Aging and Veteran Services proporcionan los programas y servicios más importantes para nuestra comunidad, nos gustaría preguntarle cuáles son los más importantes para usted.

2 ¿Cuáles de los siguientes servicios o necesidades son los más importantes para su comunidad? Elija cinco.

- | | |
|--|--------------------------|
| Contar con transporte accesible | <input type="checkbox"/> |
| Recibir asistencia para administrar mis finanzas personales | <input type="checkbox"/> |
| Poder bañarme, vestirme o hacer labores domésticas | <input type="checkbox"/> |
| Elegir opciones de atención | <input type="checkbox"/> |
| Sobrellevar sentimientos de soledad | <input type="checkbox"/> |
| Encontrar actividades sociales seguras | <input type="checkbox"/> |
| Tener comida suficiente para comer | <input type="checkbox"/> |
| Contar con servicios específicos para mi cultura o identidad | <input type="checkbox"/> |
| Recibir ayuda para cuidar a un miembro de la familia o a un amigo | <input type="checkbox"/> |
| Obtener ayuda con Medicare | <input type="checkbox"/> |
| Resguardar a los adultos mayores del abuso y del fraude | <input type="checkbox"/> |
| Acceder a los servicios legales | <input type="checkbox"/> |
| Lograr que mi casa sea segura y accesible | <input type="checkbox"/> |
| Tratar enfermedades crónicas o dolor | <input type="checkbox"/> |
| Navegar por los servicios para personas sin techo y prevenir el desalojo | <input type="checkbox"/> |
| Prevenir caídas | <input type="checkbox"/> |
| Recibir apoyo para mí como cuidador | <input type="checkbox"/> |
| Acceder a los beneficios para veteranos | <input type="checkbox"/> |

En la lista abajo se enumeran servicios que son importantes para nuestra comunidad, pero que los Disability, Aging and Veteran Services **NO** prestan directamente.

3 Elija los CINCO principales de la lista abajo que son más importantes.

- Vivienda accesible
- Vivienda asequible
- Salud conductual (salud mental y adicciones)
- Servicios de empleo
- Tutela
- Medicaid u otros beneficios de Social Security (Seguro Social)
- Salud bucal
- Testamentos y planificación patrimonial
- Otro (enumere) _____

4 En el espacio abajo, especifique cualquier otra cosa que le gustaría ver en su comunidad.

5 ¿Dónde obtiene la información acerca de los servicios en la comunidad? Elija TODOS los que correspondan.

- | | |
|---|--------------------------|
| Organización religiosa | <input type="checkbox"/> |
| Familia, amigos o vecinos | <input type="checkbox"/> |
| Proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> |
| Diario (cuál/es: enumere): _____ | <input type="checkbox"/> |
| En línea (qué sitios web: enumere): _____ | <input type="checkbox"/> |
| Radio (qué estaciones: enumere): _____ | <input type="checkbox"/> |
| Redes sociales (Facebook, Nextdoor, Instagram, Twitter) | <input type="checkbox"/> |
| Televisión | <input type="checkbox"/> |
| Otro (especifique): _____ | <input type="checkbox"/> |

6 Nos gustaría saber acerca de acceso a la tecnología y de su interés en usarla. Elija TODOS los que correspondan.

- | | |
|---|--------------------------|
| Tengo una computadora o un teléfono inteligente y acceso a Internet en mi casa | <input type="checkbox"/> |
| Tengo acceso a una computadora y a Internet en un lugar que no es mi casa | <input type="checkbox"/> |
| No puedo pagar una computadora o el acceso a Internet | <input type="checkbox"/> |
| Sé cómo usar un teléfono inteligente o una computadora para participar en programas en línea | <input type="checkbox"/> |
| Necesito asistencia para usar un teléfono inteligente o una computadora para participar en programas en línea | <input type="checkbox"/> |
| No estoy interesado en los programas en línea | <input type="checkbox"/> |

7 Cuando piensa en el futuro, en general, siente que su salud y su bienestar será:

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Mucho peor que lo que es ahora | <input type="checkbox"/> |
| Un poco peor que lo que es ahora | <input type="checkbox"/> |
| Casi lo mismo | <input type="checkbox"/> |
| Un poco mejor que lo que es ahora | <input type="checkbox"/> |
| Mucho mejor que lo que es ahora | <input type="checkbox"/> |
| No lo sé/no estoy seguro | <input type="checkbox"/> |

NECESIDADES DE LOS VETERANOS

8 ¿Usted o su cónyuge sirvieron en las fuerzas armadas?

Sí

No [vaya a la siguiente sección, Cuidado n.º 12]

Deseo no decirlo [vaya a la siguiente sección, Cuidado n.º 12]

9 ¿Recibe actualmente o ha recibido alguna vez alguno de los siguientes beneficios? Elija TODOS los que correspondan.

Beneficios de entierro

Compensación

Beneficios educativos

Préstamo para vivienda

Beneficios médicos

Pensión

10 Si no recibe beneficios actualmente, ¿cuál es la razón?
Especifique.

Empty text area for specifying the reason if not receiving benefits.

11

**¿En qué tipo de programas para veteranos estaría más interesado?
Elija TODOS los que correspondan.**

- Atender preocupaciones acerca de la salud mental
- Establecer conexiones sociales
- Obtener información de la compensación y de los beneficios de pensión del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, Veteran Affairs)
- Obtener información médica del VA
- Asistir a talleres de escritura
- Otro (especifique): _____

Si quiere recibir información acerca de cualquiera de los programas arriba, llame a la oficina de servicio al veterano de los DAVS al 503-846-3060, opción 2.

BRINDAR ATENCIÓN A OTRO

Nos gustaría preguntarle algunas preguntas acerca del cuidado o de brindar atención a alguien más.

12

En los últimos 30 días, ¿le brindó asistencia o atención a un amigo o miembro de la familia que tiene un problema de salud o una discapacidad?

- Sí
- No [vaya a la siguiente sección, datos demográficos n.º 22]

13

¿Le brinda atención a más de una persona?

- Sí (si lo hace, responda las siguientes preguntas por la persona a quien le brinda la mayor atención)
- No

14 ¿Qué relación tiene con usted?

- | | |
|---|--------------------------|
| Progenitor/suegro | <input type="checkbox"/> |
| Hijo | <input type="checkbox"/> |
| Cónyuge/pareja/compañero | <input type="checkbox"/> |
| Otro pariente | <input type="checkbox"/> |
| Abuelo | <input type="checkbox"/> |
| Nieto | <input type="checkbox"/> |
| Amigo de la familia/miembro de la familia elegido | <input type="checkbox"/> |

15 ¿Es un sobreviviente del Holocausto o de otro genocidio?

- | | |
|--|--------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |
| No lo sé/no estoy seguro/preferiría no decirlo | <input type="checkbox"/> |

16 ¿Cuántos años tiene la persona a la que le brinda atención?

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Menos de 18 años | <input type="checkbox"/> |
| De 18 a 59 años | <input type="checkbox"/> |
| 60 o más | <input type="checkbox"/> |

17 ¿Hace cuánto tiempo le brinda atención a esa persona?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Menos de 30 días | <input type="checkbox"/> |
| De 1 mes a menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> |
| De 6 meses a menos de 2 años | <input type="checkbox"/> |
| De 2 años a menos de 5 años | <input type="checkbox"/> |
| Más de 5 años | <input type="checkbox"/> |

18 En una semana típica, ¿cuántas horas brinda atención o asistencia?

- Hasta 8 horas por semana
- De 9 a 19 horas por semana
- De 20 a 39 horas por semana
- 40 horas o más

19 ¿Qué tipo de servicios le son más útiles como cuidador? Elija TODOS los que correspondan.

- Conferencias para cuidadores (recursos, talleres, hacer contactos)
- Clases y capacitaciones (cuidados personales, demencia, competencias comunicativas)
- Asesoramiento
- Ayuda con el cuidado para que pueda descansar (un alivio)
- Encuentros con alguien para hablar acerca de los recursos
- Recibir equipo médico y suministros
- Grupos de apoyo

20 ¿Qué programas le gustaría ver en su comunidad relacionados con el cuidado, siempre que estas actividades se puedan ofrecer sin riesgos?

- Actividades para socializar con otros cuidadores (tomar un café, hacer caminatas, etc.)
- Club del libro
- Café de la memoria (encuentros mensuales para personas que viven con demencia y sus familias o amigos cuidadores)
- Tutorías de pares (aprender de otros cuidadores)
- Servicios específicos para mi cultura o identidad
- Enumere: _____
- Otro: _____

21 ¿Cómo le gustaría participar en los programas para cuidadores?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Por correo electrónico | <input type="checkbox"/> |
| En persona | <input type="checkbox"/> |
| Con un seminario web en línea | <input type="checkbox"/> |
| Por teléfono | <input type="checkbox"/> |
| Por un medio escrito | <input type="checkbox"/> |
| Con recursos en línea | <input type="checkbox"/> |

DATOS DEMOGRÁFICOS

Las siguientes preguntas nos ayudarán a conocer más acerca de las personas en la comunidad. Lo animamos a responder estas preguntas finales, ya que nos ayudarán a identificar qué cambios se necesitan para prestarle un mejor servicio. Si hay preguntas que prefiere no responder, déjelas en blanco.

22 ¿Cuántos años tiene?

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 49 o menos | <input type="checkbox"/> |
| De 50 a 59 | <input type="checkbox"/> |
| De 60 a 64 | <input type="checkbox"/> |
| De 65 a 84 | <input type="checkbox"/> |
| 85 años o más | <input type="checkbox"/> |
| Deseo no decirlo | <input type="checkbox"/> |

23 ¿Cuál es su código postal?

24 ¿Cuál es su situación laboral?

- | | |
|--|--------------------------|
| Empleado a tiempo completo | <input type="checkbox"/> |
| Empleado a medio tiempo | <input type="checkbox"/> |
| Subempleado/sin trabajo y buscando trabajo | <input type="checkbox"/> |
| En las fuerzas armadas | <input type="checkbox"/> |
| Jubilado o elige no trabajar | <input type="checkbox"/> |
| Incapacitado para trabajar | <input type="checkbox"/> |

25 ¿Tiene una discapacidad? Elija TODOS los que correspondan.

- | | |
|---|--------------------------|
| Dificultad ambulatoria (incapaz de caminar o de subir escaleras o tiene gran dificultad para hacerlo) | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad cognitiva (debido a un problema físico, mental o emocional, tiene dificultad para recordar, concentrarse o tomar decisiones) | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad auditiva (sordo o tiene gran dificultad para escuchar) | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para vivir independientemente (debido a un problema físico, mental o emocional, es incapaz de hacer recados solo o tiene gran dificultad para hacerlo) | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para encargarse del cuidado personal (incapaz de bañarse o vestirse o tiene gran dificultad para hacerlo) | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad visual (ciego o tiene gran dificultad para ver, aun cuando usa anteojos) | <input type="checkbox"/> |
| Una discapacidad que no se enumeró arriba (especifique)_____ | <input type="checkbox"/> |
| No tengo una discapacidad | <input type="checkbox"/> |
| Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> |

Indoamericano y nativo de Alaska

- Indoamericano
- Nativo de Alaska
- Inuit de Canadá, métis o primera nación
- Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Asiático

- Indoasiático
- Chino
- Filipino
- Hmong
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Sudasiático
- Vietnamita
- Persona de otro lugar de Asia

Negro y afroamericano

- Afroamericano
- Africano (negro)
- Caribeño (negro)
- Persona negra de otro lugar

Hispano y latino

- Centroamericano
- Mexicano
- Sudamericano
- Persona de otro lugar hispano o latino

Mediorienta/norteafricano

- Mediorienta
- Norteafricano
- Blanco
- Europeo oriental
- Eslavo
- Europeo occidental
- Persona blanca de otro lugar

Hawaiano nativo e isleño del Pacífico

- Chamorro
- Guameño
- Micronesio/marshalés/palauano (COFA)
- Hawaiano nativo
- Samoano
- Tongano
- Persona de otra isla del Pacífico

Otras categorías

- Otro (especifique) _____
- _____
- No lo sé/desconocido
- No quiero/me niego a responder

27 ¿Cuál es su género?

- Hombre
- Mujer
- Hombre transgénero/hombre trans/asignado mujer al nacer (AMAN)
- Mujer transgénero/mujer trans/asignada hombre al nacer (AHAN)
- No binario, género queer/género no conformista, ni exclusivamente hombre ni mujer
- De dos espíritus
- Categoría de género adicional (u otra); especifique: _____
- No quiero/me niego a responder

28 ¿Cómo se identifica?

- Heterosexual
- Lesbiana
- Gay
- Bisexual
- Queer, pansexual o se lo cuestiona
- Algo más; especifique: _____
- No lo sé
- No quiero/me niego a responder

29 ¿En qué idioma(s) prefiere comunicarse? Elija TODOS los que correspondan.

- Inglés
- Español
- Chino (cantonés)
- Chino (mandarín)
- Coreano
- Vietnamita
- Árabe
- Ruso
- Somalí
- Lenguaje de señas americano (ASL)
- Otro, especifique: _____

30 ¿Es un sobreviviente del Holocausto o de otro genocidio?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |
| No quiero/me niego a responder | <input type="checkbox"/> |

31 ¿Hay algo más que quisiera que los DAVS del condado de Washington supieran? Deje cualquier comentario u opinión abajo.

Para consultar acerca de cualquier cosa relacionada con su situación personal, comuníquese directamente con los DAVS al 503-846-3060.

Este es el final de la encuesta. ¡Muchas gracias por su tiempo!

Para conocer más acerca de los servicios mencionados en esta encuesta visite www.co.washington.or.us/HHS/DAVS o llame a la oficina de los DAVS al 503-846-3060. Comuníquese con nosotros por correo electrónico a davsinfo@co.washington.or.us. Publicaremos un informe de los resultados obtenidos de esta encuesta en nuestro sitio web en el otoño de 2020.

La ayuda está disponible 24 horas al día los 7 días de la semana para las personas que experimentan una crisis de salud mental. También se anima a los amigos, familiares o miembros de la comunidad que estén preocupados a que llamen. Llame a la línea de asistencia ante crisis del condado de Washington (Washington County Crisis) al 503-291-9111 o hable con un profesional de la salud mental. Se le proporcionará un intérprete por teléfono si habla otro idioma que no sea inglés.

Si es un veterano de las fuerzas armadas en crisis, llame al 1-800-273-TALK (8255) y presione 1 para conseguir apoyo específico para veteranos.



WASHINGTON COUNTY
OREGON

Department of Health and Human Services
Disability, Aging and Veteran Services