

1. 현재 거주지 우편번호 _____ 2. 현재 거주 도시 명? _____
3. 다음 서비스들을 보시고 본인이 나이가 들면서 각 항목이 얼마나 중요한지 체크해 주세요.

해당되는 한 박스를 체크 해 주세요.	아주 많이 중요함	아주 중요함	중요함	중요 하지않음	전혀 중요 하지 않음
가정 방문 진료					
가정 배달 식사 (Meals on Wheels: 자동차 배달 식사)					
사례 관리 자원과 서비스 사용을 도와 주는 사람					
거주 거주에 관한 도움 (예:아파트, 양로원)					
법적 도움과 상담					
단체 식사 노인 센터에서의 단체 식사 서비스					
개인과 집의 안전 관리 예: 경찰, 안전사고와 의료경보 서비스, 사기 방지 서비스 등					
집 수리 및 개조					
가족 간병인 재정지원 무보수 가족 간병인을 위한 재정 지원					
주간 노인센타 사회활동과 간단한 의료 서비스 제공					
대화 서비스 자원봉사자나 직원의 지속적인 전화 또는 방문 서비스					
단기 돌봄 서비스 가족 간병인의 휴식을 위한 단기 보호 서비스					
정신 건강 상담					
개인 업무 보조: 서류 및 전자 서류 작성 도움					
언어 통역 서비스					
재정 지원 개인 재정 지원(예: 주거비, 식비, 의료비 등)					
동료 상담 서비스 훈련된 동료 노인들로 부터의 도움과 지원					

4. 교통편이 없어서 본인의 사회 활동이나 의료적 도움을 구하는데 얼마나 불편하십니까?

- 전혀 불편하지 않다
- 드물게 불편하다
- 가끔
- 자주 불편하다

5. 자가용이 없을 경우, 어떤 교통편을 사용하십니까? (해당사항 모두 고르세요)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 가족/친구 | <input type="checkbox"/> 의료수송 |
| <input type="checkbox"/> OCTA Bus (오렌지 카운티 버스) | <input type="checkbox"/> Uber/Lyft (우버/리프트) |
| <input type="checkbox"/> OCTA ACCESS (오렌지 카운티 액세스) | <input type="checkbox"/> 기타/ 명시해주세요 : |
| <input type="checkbox"/> 택시 | <hr/> |
| <input type="checkbox"/> 커뮤니티 센터/노인센터 밴 | <input type="checkbox"/> 해당사항 없음: 자가 운전 |

6. 재정 문제에 대하여 어느것이 제일 걱정이십니까? (하나만 선택하세요)

- 매월 주거비용(식비, 전기, 렌트, 집 수리비 등등)
- 매월 의료 비용(보험, 약값, 코페이)
- 걱정 없음

7. 신체 건강의 문제로 인해 다음의 활동이 제약을 받으십니까? (해당사항 모두 고르세요)

- 사회 활동
- 집안일, 가사활동
- 개인 관리
- 심부름 및 일 처리
- 예약 참석
- 해당사항 없음

8. 얼마나 자주 너무 피곤하거나 몸이 좋지 않아서 계획이나 예약을 취소하십니까?

- 전혀
- 어쩌다 한번씩
- 가끔
- 자주

9. 다른 사람들과 관계를 맺는데 있어 어떤 방법이 가장 편합니까? (하나만 고르세요)

- 규칙적인 개인적 대화나 전화통화
- 내 집이나 지역사회 안에서 사귀는것
- 이메일이나 소셜 미디어를 통해서

10. 개인과 집안의 안전에 관하여 어느것이 제일 우려가 됩니까? (하나만 고르세요)

- 육체적 안전 (예: 넘어짐, 신체 부상)
- 집 안전 (예: 도둑, 가정 재해)
- 금융 안전 (예: 사기, 신분 도용 등)
- 우려되는 바 없음

11. 재난 대책을 위한 계획이나 도구상자가 있으십니까?

- 예
- 아니요
- 잘 모르겠음

12. 재난 대책을 위한 계획이나 도구상자가 있을 경우, 적어도 3 일 이상의 식량, 물, 약 등이 비축되어있는지 얼마나 자주 점검하십니까?

- 전혀
- 어쩌다 한번씩
- 가끔
- 자주

다음 질문들은 거주 노인국에서 필수로 합니다. 귀하의 답은 엄격하게 기밀 보장됩니다. 개인정보는 공유되지 않습니다.

13. 연령:

- 18-30
- 31-44
- 45-59
- 60-74
- 75-84
- 85+

14. 인종 (하나만 선택)

- 백인
- 흑인
- 태평양 섬 주민
- 아시안
- 미원주민, 알래스카 원주민
- 기타: _____
- 진술 거부

15. 인종 (하나만)
 히스패닉/라티노?
 예
 아니오
 밝히기 거부

16. 교육배경
 고등학교 이하
 고등학교 졸업
 학사 이상

17. 소득 수준 (연봉)
 \$15,000 이하
 \$15,000-\$34,999
 \$35,000-\$74,999
 \$75,000-\$99,999
 \$100,000 이상

18. 태어날 때의 성은?
 남성
 여성
 밝히기 거부

19. 성별
 남성
 여성
 트랜스 젠더 남성
 트랜스 젠더 여성
 양성
 기타 : _____

20. 본인이 생각하는 성적 취향?
 이성애
 양성애
 동성애
 잘 모름
 기타: _____
 밝히기 거부

선택 사항:

귀하의 긴급한 필요에 대하여 더 많은 정보나 후속 전화 또는 추천을 원하시면 개인연락처 정보를 기입하세요. 오렌지 카운티 노인국 직원이 연락을 드리겠습니다. 개인정보는 유출되지 않습니다.

이름: _____
 전화 번호: _____
 필요사항: _____

소망 소사이어티로 보내주세요
 5836 Corporate Ave., Ste 110, Cypress, CA 90630
somang@somangsociety.org Phone: 562.977.4580

다 마치셨습니다. 감사합니다!