



LOS ANGELES COUNTY

Aging & Disabilities Department

استبيان الخطة الاستراتيجية لخدمات ذوي الإعاقة في مقاطعة لوس أنجلوس

نشكرك على تخصيص جزء من وقتك للإجابة عن استبياننا. نود أن نعرف تجربتك مع الخدمات والبرامج التي تدعم الأشخاص ذوي الإعاقة. قد يستغرق إكمال هذا الاستبيان حوالي دقيقة وسيتم التعامل مع إجاباتك بسرية تامة، وستُستخدم في صياغة الخطة الاستراتيجية 15 لشؤون الشيخوخة والإعاقة دون مشاركة أي معلومات تحدد هويتك.

قد تُثير بعض الأسئلة مشاعر قوية. فإذا رغبت في تخطي أي سؤال في أي وقت، يمكنك ذلك. كما يمكنك العودة إلى إكمال هذا الاستبيان لاحقًا في أي وقت.

إذا كنت تعرف أي شخص تعتقد أنه مهتم بإكمال هذا الاستبيان (أفراد من ذوي الإعاقة، أو أسرهم، أو مقدمي الرعاية)، يُرجى إرسال الرابط أدناه إليه.

<https://s.alchemer.com/s3/LA-County-Disabilities-Strategic-Plan>

يمكن للمستجيبين استخدام القائمة المنسدلة في الزاوية العلوية اليمنى من الشاشة لاختيار لغتهم المفضلة حيث يتوفر الاستبيان باللغات الأربع عشرة التالية:

- الإنجليزية
- العربية
- الأرمنية
- الصينية (المبسطة)
- الفارسية
- الهندية
- اليابانية

- الخميرية/الكمبودية
- الكورية
- الروسية
- الإسبانية
- التاغالوغية
- التايلاندية
- الفيتنامية

كما يمكنك تنزيل الاستبيان ومشاركته مع الآخرين من رابط التنزيل. يمكنك إكمال الاستبيان وإرساله بالبريد أو البريد الإلكتروني إلى العنوان التالي:

Aging & Disabilities Department
Attention Guillermo Medina
510 South Vermont Ave, 11th Floor
Los Angeles, California 90020
info@ad.lacounty.gov

يسعدنا معرفة رأيك! سيظل الاستبيان متاحًا 21 أغسطس 2025 فقط.

للحصول على خدمات ودعم، يُرجى الاتصال بخط المساعدة والمعلومات التابع لوكالة المنطقة المعنية بشؤون الشيخوخة على الرقم 510-2020 (800)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. هذا الرقم مخصص فقط للحصول على الخدمات والدعم.

يُرجى توجيه أي أسئلة بخصوص هذا الاستبيان إلى فريق مجموعة الاستشارات العامة على البريد الإلكتروني LACoDisabilitySurvey@pcgus.com

هل تُشارك في هذا الاستبيان بنفسك أم بالنيابة عن شخص آخر من ذوي الإعاقة؟ 1)

[أنا من ذوي الإعاقة وأشارك في هذا الاستبيان بنفسي]

[أشارك في هذا الاستبيان بالنيابة عن شخص آخر. أنا فرد من عائلته]

[أشارك في هذا الاستبيان بالنيابة عن شخص آخر. أنا مُقدّم الرعاية له]

[أشارك في هذا الاستبيان بالنيابة عن شخص آخر. أنا صديقه]

[أشارك في هذا الاستبيان بالنيابة عن شخص آخر. أنا مُناصره]

[أشارك في هذا الاستبيان بالنيابة عن شخص آخر. علاقتي به غير مُدرجة أعلاه]

نبذة عنك

شكرًا لك. في بقية هذا الاستبيان، يُرجى الإجابة كما لو كنت الشخص من ذوي الإعاقة الذي تُجيب نيابة عنه. حاول أن تُفكر في كيفية إجابته على هذه الأسئلة.

2) ما هو عمرك؟

() من ٠ إلى ١٧ عامًا

() من ١٨ إلى ٣٤ عامًا

() من ٣٥ إلى ٥٩ عامًا

() من ٦٠ إلى ٦٤ عامًا

() من ٦٥ إلى ٧٤ عامًا

() من ٧٥ إلى ٨٤ عامًا

() من ٨٥ عامًا فأكثر

يُرجى اختيار جميع الإجابات الصحيحة عن نفسك (3)

- [] أنا شخص ذو إعاقة جسدية أو حركية.
- [] أنا شخص ذو إعاقة بصرية (مثل العمى وضعف البصر) []
- [] أنا شخص ذو إعاقة سمعية (مثل الصمم وضعف السمع) []
- [] أنا شخص ذو إعاقة ذهنية أو نمائية (مثل التوحد ومتلازمة داون) []
- [] أنا شخص ذو إعاقة معرفية أو تعليمية (مثل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وعسر []
(القراءة).
- [] أنا شخص ذو حالة نفسية أو عاطفية []
- [] أنا شخص ذو حالة تعاطي مواد مخدرة []
- [] أنا شخص ذو حالة طبية مزمنة أو صحية (مثل داء السكري، والتهاب المفاصل، وأمراض []
(القلب، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز).
- [] تم تشخيصي بحالة عصبية (مثل التصلب اللويحي، ومرض باركنسون، والصرع) []
- [] شُخِّصْتُ بالشلل الدماغي []
- [] تم تشخيصي بإصابة دماغية رضحية []
- [] تم تشخيصي بمرض الزهايمر، أو الخرف، أو غيرها من الحالات المتعلقة بالذاكرة []
- [] أُعْرِفَ نفسي كشخص من ذوي إعاقة لم تُذكر أعلاه []
- [] لا ينطبق أيُّ مما سبق عليّ. **(التنقل: إذا تم تحديد هذه الإجابة، انتقل إلى صفحة الشكر)** []

العوائق

بسبب إعاقتي، واجهتُ الأنواع التالية من العوائق عند محاولتي المشاركة الكاملة في (4) مجتمعي، أو الوصول إلى الخدمات اللازمة، أو الحفاظ على استقلالي. يرجى اختيار جميع ما ينطبق:

- [] عوائق مادية (مثل: مبانٍ غير مُجهزة لذوي الاحتياجات الخاصة، وأرصفت، ومنحدرات []
(ومواقف سيارات، ودورات مياه)
- [] عوائق نقل (مثل: وسائل نقل عام غير موثوقة، ووسائل نقل شبه مُجهزة لذوي الاحتياجات []
(الخاصة غير كافية، ونقص المركبات المُجهزة لذوي الاحتياجات الخاصة)

عوائق تواصل (مثل: نقص مُترجمي لغة الإشارة، والترجمة الشفهية، والمواد ذات []
(التنسيقات البديلة)

عوائق تكنولوجية (مثل: مواقع إلكترونية، وتطبيقات، وأكشاك يصعب أو يستحيل []
(استخدامها)

عوائق الوصول إلى البرامج (مثل: إجراءات التقديم المُعقدة، وقيود الأهلية، ونقص []
(التسهيلات)

عوائق ثغرات البرامج (مثل: عدم وجود البرامج التي أحتاجها في منطقتي) []

عوائق سلوكية (مثل: التمييز، أو نقص الوعي أو الاحترام من أفراد المجتمع، أو مُقدّمي []
(الخدمات، أو إدارات المقاطعة)

نقص تدريب مُقدّمي خدمات الإعاقة أو موظفي الإدارات []

عوائق مالية (مثل: القدرة على تحمل تكاليف الخدمات، والمعدات، والرعاية الداعمة) []

العزلة الاجتماعية أو نقص شبكات الدعم الاجتماعي []

.عوائق أخرى غير مُدرجة أعلاه []

الرفاهية العامة

شكرًا لك. تُقدم الأسئلة التالية معلومات أكثر عن صحتك العامة ورفاهيتك. ما مدى موافقتك
:على العبارات التالية

إذا كنت تُجري هذا الاستبيان نيابةً عن شخص آخر، يُرجى الإجابة كما لو كنت الشخص من
ذوي الإعاقة الذي تُجيب نيابةً عنه. حاول التفكير في كيفية إجابته هو عن هذه الأسئلة

أيّ مما يلي يُصِف وصولك إلى الرعاية الطبية على أفضل وجه؟ يُرجى اختيار كل ما (5) ينطبق.

- [] لا يوجد عدد كافٍ من الأطباء أو مقدمي الخدمات الطبية في منطقتي
- [] مراكز الرعاية الطبية غير متاحة، أو يصعب الوصول إليها
- [] الأجزاء الداخلية في مراكز الرعاية الطبية لا تناسب ظروفني (على سبيل المثال، لا تتسع [] للكرسي المتحرك، أو لا أستطيع الصعود على أسرة الفحص، أو لا يتوفر مصعد لمساعدتي (على التنقل، إلخ)
- [] لا أستطيع تحمل تكاليف زيارة الأطباء عندما أكون مريضاً
- [] أستطيع زيارة الطبيب عند الحاجة

ما مدى موافقتك على العبارات التالية:

6) خلال الأسبوعين الماضيين، كان لديّ ما يكفي من المال لتلبية احتياجاتي

- () أعارض بشدة
- () أعارض
- () لا أوافق ولا أعارض
- () أوافق
- () أوافق بشدة

7) أنا راضٍ عن قدرتي على القيام بالأشياء التي أحتاج إليها يومياً. على سبيل المثال، دفع (7) الفواتير، والتسوق من البقالة، والطبخ، وتنظيف المنزل، إلخ.

- () أعارض بشدة
- () أعارض
- () لا أوافق ولا أعارض
- () أوافق
- () أوافق بشدة

هل تستطيع العمل بالقدر الذي ترغب فيه؟ 8)

- () نعم، أنا موظف، وأعمل بالقدر الذي أَرغب فيه .
- () لا، أنا موظف، لكنني لا أعمل بالقدر الذي أَرغب فيه .
- () لا، أنا غير موظف وأرغب في العمل .
- () أنا متقاعد/انتهيت من العمل/لا أريد العمل .

الملاحظة: إذا كانت الإجابة "لا، أنا موظف، ولكنني لا أعمل بقدر ما أَرغب" أو "لا، أنا لست (موظفًا وأريد أن أكون موظفًا"، فانتقل إلى السؤال التالي، وإلا فانتقل إلى السؤال 11

العمل

لماذا لا تستطيع العمل بالقدر الذي ترغب فيه؟ يرجى اختيار جميع الأسباب التي تنطبق 9) عليك .

- [] فرص عمل غير كافية. (انتقل إلى السؤال 11)
- [] إعاقتي أو حالتي الصحية الأخرى تُصعّب عليّ العمل أكثر. (انتقل إلى السؤال التالي)
- [] صعوبة مواصلاتي تُصعّب عليّ العمل أكثر. (انتقل إلى السؤال التالي)
- [] أحتاج إلى مزيد من التعليم والتدريب أو شهادة للحصول على الوظيفة التي أريدها. (انتقل إلى السؤال التالي)
- [] أحتاج إلى مساعدة في العثور على وظيفة والاحتفاظ بها. (انتقل إلى السؤال 11)
- [] شيء آخر. (انتقل إلى السؤال 11)

هل تعرف أين تجد موارد التوظيف، مثل مجلس القوى العاملة أو إعادة التأهيل المهني؟ 10)

- () نعم، وقد سبق لي العمل مع هذه المجموعات .
- () نعم، لكنني لم أعمل مع هذه المجموعات بعد .
- () لا، لكنني أعرف أن هناك موارد متاحة .
- () لا، لم أكن أعرف أن الموارد متاحة .

السكن

ما مدى موافقتك على العبارات التالية

11) أستطيع تحمل تكاليف سكن مستقل (إيجار، أو رهن عقاري، أو أي نوع آخر من الدفع) شهرياً.

☐ أعارض بشدة .

☐ أعارض .

☐ لا أوافق ولا أعارض .

☐ أوافق .

☐ أوافق بشدة .

12) أستطيع إيجاد سكن مناسب في منطقتي .

☐ أعارض بشدة .

☐ أعارض .

☐ لا أوافق ولا أعارض .

☐ أوافق .

☐ أوافق بشدة .

البيئة

هل تواجه صعوبة في الوصول إلى أي من الأماكن التالية أو التنقل فيها؟ يُرجى اختيار (13) كل ما ينطبق.

- ☐ عيادات الأطباء أو خدمات الرعاية الصحية
- ☐ مقدمو الخدمات الاجتماعية
- ☐ الأنشطة الترفيهية
- ☐ المتاجر وأماكن العمل
- ☐ مكان عملك، أو مكان ترغب بالعمل فيه أو التطوع فيه
- ☐ المطاعم
- ☐ البنوك
- ☐ الفنادق
- ☐ مكان آخر
- ☐ لا شيء مما سبق

هل اضطررت للاتصال بخدمات الطوارئ مثل خدمات الإطفاء أو الإسعاف خلال العام (14) الماضي؟

- ☐ نعم
- ☐ لا

هل تلقيت خدمات الطوارئ التي احتجتها؟ (15)

- ☐ نعم
- ☐ لا

هل لديك خطة تأهب في حالة الطوارئ أو الكوارث (مثل خطة إخلاء، أو توفير 16 المستلزمات الطبية، أو وسائل النقل)؟

نعم ()

لا ()

هل حددت جهة اتصال في حالات الطوارئ (مثل أحد أفراد العائلة، أو صديق، أو مقدم 17 رعاية)؟

نعم ()

لا ()

مواصلات

إذا كنت تُجري هذا الاستبيان نيابةً عن شخص آخر، يُرجى الإجابة كما لو كنت الشخص من ذوي الإعاقة الذي تُجيب نيابةً عنه. حاول التفكير في كيفية إجابته هو عن هذه الأسئلة.

:ما مدى موافقتك على العبارات التالية

18). وسائل النقل العام متاحة لي.

أعارض بشدة ()

أعارض ()

لا أوافق ولا أعارض ()

أوافق ()

أوافق بشدة ()

19) المواصلات العامة في متناول يدي

- () أعارض بشدة
- () أعارض
- () لا أوافق ولا أعارض
- () أوافق
- () أوافق بشدة

20) كيف تتنقل عادةً في لوس أنجلوس؟ يرجى اختيار جميع الخيارات المناسبة

- [] أمشي، أركض، أو أتحرك بنفسي
- [] ركوب الدراجات
- [] سيارة خاصة تملكها أنت أو شخص تعرفه
- [] مواصلات عامة
- [] Metro
- [] خدمة مشاركة ركوب خاصة، مثل سيارات الأجرة، أو أوبر، أو ليفت
- [] أو خدمة النقل ButterFLi خدمة نقل مقدمة من جهة أخرى، مثل خدمة النقل بمساعدة
- [] Access Paratransit العام
- [] طريقة أخرى

الوصول إلى الخدمات

ما مدى موافقتك على العبارات التالية

بشكل عام، أستطيع الوصول إلى الإنترنت بشكل موثوق (21)

- () أعارض بشدة.
- () أعارض.
- () لا أوافق ولا أعارض.
- () أوافق.
- () أوافق بشدة.

لدي ما أحتهجه للتواصل بفعالية في حياتي اليومية (مثل مترجم، وتكنولوجيا دعم (22) (التواصل، وخيارات تواصل بديلة، إلخ).

- () أعارض بشدة.
- () أعارض.
- () لا أوافق ولا أعارض.
- () أوافق.
- () أوافق بشدة.

هل تستخدم حاليًا أيًا من الخدمات العامة التالية؟ يرجى اختيار جميع ما ينطبق (23)

- [] الخدمات الطبية والرعاية الصحية (بما في ذلك الاستشارات التأمينية)
- [] خدمات الصحة النفسية/الصحة السلوكية
- [] دعم العافية، مثل فحوصات العافية الهاتفية
- [] المساعدة النقدية والإغاثة العامة
- [] برامج رعاية الأطفال
- [] برامج رفاه الطفل
- [] خدمات الدعم المنزلي (الاستحمام، وارتداء الملابس، وإعداد الوجبات، والأعمال المنزلية)

- [] برامج دعم العمل أو التوظيف
- [] خدمات الغذاء والتغذية
- [] المراكز الإقليمية
- [] مراكز المعيشة المستقلة
- [] دعم النقل
- [] برنامج دعم الإسكان أو الإسكان الميسور
- [] برامج تعديل المنزل
- [] دعم مقدمي الرعاية
- [] إدارة الحالة
- [] مبادرات المشاركة الاجتماعية
- [] دعم التواصل (المترجمون، إلخ)
- [] برامج المحاربين القدامى
- [] دعم أو برامج علاج تعاطي المخدرات
- [] أخرى
- [] لا، لا أستخدم الخدمات المتاحة للعامة

**التنقل: إذا كانت الإجابة "لا، لا أستخدم الخدمات المتاحة للجمهور"، فانتقل إلى السؤال
(جميع الإجابات الأخرى، انتقل إلى السؤال 24. 25)**

الوصول إلى الخدمات (يتبع)

لماذا لا تستخدم حاليًا الخدمات المتاحة للعمامة؟ (24)

- [] لست بحاجة إلى خدماتٍ حاليًا .
- [] أعتد على دعم الأصدقاء والعائلة .
- [] لم أكن أعلم بوجود خدماتٍ لمساعدتي .
- [] لا أعرف كيفية الوصول إلى الخدمات .
- [] قيل لي إنني غير مؤهلٍ للحصول على الخدمات .
- [] سببٌ آخر .

(الملاحظة: بعد السؤال 24، انتقل إلى السؤال 27)

كيف تعرفت على هذه الخدمات؟ يُرجى اختيار جميع الخيارات المناسبة (25)

- [] عبر الإنترنت .
- [] عبر مكالمة هاتفية .
- [] عبر مدرستي .
- [] عبر عملي .
- [] تحدثت مع مُقدّم الرعاية الصحية الأولية .
- [] تحدثت مع مُقدّم رعاية مُتخصص (مثل طبيب أعصاب، أو أخصائي علاج طبيعي، أو [] (مُقدّم رعاية نفسية).
- [] عبر المستشفى .
- [] عبر المقاطعة أو الولاية .
- [] عبر شركة التأمين .
- [] أوصى أصدقائي أو أفراد عائلتي بهذه الخدمات .
- [] من خلال مركز إقليمي .
- [] من خلال مركز معيشة مستقلة .
- [] طريقةً أخرى .

26)

ما هي الأمور التي تثير قلقك بشأن فقدان إمكانية الوصول إلى الخدمات؟
يرجى اختيار كل ما ينطبق.

[] بسبب ما أسمعه في الأخبار

[] بسبب المال

[] بسبب تغيير في وضعي الوظيفي

[] بسبب تغيير في مسكني

[] بسبب تغيير في حالتي الاجتماعية (مثل الزواج)

[] بسبب أسباب أخرى

[] لا أشعر بالقلق بشأن فقدان إمكانية الوصول إلى الخدمات

27) ما هي خطتك إذا لم تعد قادرًا على الوصول إلى الخدمات التي تستخدمها حاليًا؟ يُرجى
اختيار كل ما ينطبق.

[] أعرف حاليًا خدمات أخرى في مجتمعي سأستخدمها

[] سأعتمد على أصدقائي وعائلتي

[] سأضطر للانتقال إلى دار رعاية أو منشأة أخرى

[] سأضطر للانتقال داخل مقاطعة لوس أنجلوس

[] سأضطر للانتقال من مقاطعة لوس أنجلوس

[] فكرت في الأمر وليس لدي خطة بديلة

[] لم أفكر في الأمر

:أواجه حاليًا تحديات/أو أرغب في رؤية المزيد من البرامج المتعلقة بما يلي (28)

- [] معلومات حول الخدمات المتاحة وكيفية الوصول إليها []
- [] التواصل مع الخدمات أو البدء بها []
- [] المواصلات []
- [] السكن []
- [] الحصول على الطعام []
- [] خيارات رعاية صحية/طبية متاحة []
- [] الوصول إلى البرامج والأماكن الترفيهية العامة []
- [] دعم اللغة والتواصل (خدمات الترجمة، وتكنولوجيا الاتصالات، وخيارات التواصل []
(البديلة، إلخ)
- [] فرص العمل []
- [] المشاركة المجتمعية والفرص الاجتماعية []
- [] أحياء وبيئات أكثر سهولة في الوصول []
- [] الحصول على دعم في التعامل مع أنظمة وبرامج متعددة []

البيانات الديموغرافية

أخيرًا، أخبرنا المزيد عن نفسك. جميع الأسئلة اختيارية، ولست مضطرًا للإجابة إذا لم ترغب في ذلك.

29) ما هو عرقك وإثنيك؟ يرجى اختيار كل ما ينطبق

- [] أمريكي أصلي أو من سكان ألاسكا الأصليين []
- [] آسيوي []
- [] أسود أو أمريكي من أصل أفريقي []
- [] إسباني أو لاتيني []
- [] شرق أوسطي أو شمال أفريقي []
- [] هاواي أصلي أو من جزر المحيط الهادئ []

☐ أبيض

☐ عرق غير مذكور

ما هي اللغة التي تتحدث بها غالبًا في المنزل؟ (30)

☐ الإنجليزية

☐ العربية

☐ الأرمنية

☐ الصينية

☐ الفارسية

☐ الهندية

☐ اليابانية

☐ الخميرية/الكمبودية

☐ الكورية

☐ الروسية

☐ الإسبانية

☐ التاغالوغية

☐ التايلاندية

☐ الفيتنامية

☐ شيء آخر

ما هو جنسك؟ يرجى اختيار الإجابة الأنسب لوصفك لنفسك (31)

☐ ذكر

☐ أنثى

☐ غير ثنائي

☐ جنس غير مذكور

32) ما أعلى مستوى تعليمي حصلت عليه؟

- () أقل من الثانوية العامة
- () دبلوم ثانوية عامة أو شهادة تطوير تعليمي عام
- () دراسة جامعية بدون شهادة
- () درجة دبلوم جامعي
- () درجة بكالوريوس
- () درجة ماجستير
- () درجة دكتورة أو درجة مهنية
- () شهادة مهنية أو حرفية

33) ما هي حالتك الوظيفية الحالية؟

- () موظف، أعمل بدوام كامل (32 ساعة أسبوعياً أو أكثر)
- () موظف، أعمل بدوام جزئي
- () عاطل عن العمل وأبحث عن عمل
- () عاطل عن العمل ولا أبحث عن عمل حالياً
- () شيء آخر

34) ما هو رمزك البريدي؟

هل هناك أي شيء آخر ترغب في أن نعرفه عن خدمات ذوي الإعاقة في مقاطعة لوس أنجلوس، أو أي شيء آخر ترغب في قوله بشأن إجاباتك أعلاه؟ إذا رغبت في البقاء على اطلاع على الخطة الاستراتيجية القادمة أو خدمات الإعاقة المستقبلية من إدارة شؤون الشيخوخة وذوي الإعاقة في مقاطعة لوس أنجلوس، يُرجى كتابة بريدك الإلكتروني هنا.

!شكرًا لك

شكرًا على مساهمتك القيّمة. تشكّل خبرتك واهتمامك مستقبل دمج ذوي الإعاقة في لوس أنجلوس. نُقدّر وقتك والمعلومات التي زودتنا بها. ستساعد إجاباتك إدارة شؤون الشيخوخة والإعاقة في مقاطعة لوس أنجلوس على وضع خطة استراتيجية لخدمات ذوي الإعاقة تُفيد جميع أفراد مجتمعنا الذين يعيشون معهم أو يدعمونهم.

لأي استفسارات بخصوص هذا الاستبيان، يُرجى التواصل مع فريق استبيان مجموعة LACoDisabilitySurvey@pcgus.com الاستشارات العامة عبر البريد الإلكتروني
