



LOS ANGELES COUNTY

Aging & Disabilities Department

نظرسنجی طرح راهبردی خدمات ناتوانی در شهرستان لس آنجلس

اداره سالمندان و ناتوانان شهرستان لس آنجلس برای تهیه این نظرسنجی با کمیسیون همکاری (PCG) و گروه مشاوران عمومی (LACCOD) افراد ناتوان شهر لس آنجلس است. PCG کرده است. وظیفه اجرای نظرسنجی بر عهده

این نظرسنجی در خصوص بررسی فرصت‌ها، شکاف‌ها و نیازهای موجود در زمینه خدمات ناتوانی در منطقه لس آنجلس است. نتایج این نظرسنجی به تدوین طرح راهبردی خدمات ناتوانی، توسط اداره سالمندان و ناتوانان شهرستان لس آنجلس، کمک خواهد کرد. این نظرسنجی، زمینه را برای تهیه نقشه راه پنج‌ساله جهت گسترش و بهبود خدمات (مشروط به تأمین بودجه) به افراد ناتوان در منطقه لس آنجلس فراهم می‌کند.

از اینکه وقت گذاشتید و به نظرسنجی ما پاسخ دادید، سپاسگزاریم. مایلیم درباره تجربیاتتان در زمینه خدمات و برنامه‌های حمایتی برای افراد ناتوان، بیشتر بدانیم. تکمیل این نظرسنجی حدوداً 15 دقیقه زمان می‌برد. پاسخ‌های شما محرمانه بوده و برای شکل‌دهی به طرح راهبردی سالمندان و ناتوانان استفاده خواهد شد. اطلاعات شخصی و هویتی شما کاملاً محفوظ می‌ماند. برخی از سوالات ممکن است احساسات شما را برانگیزد. چنانچه هر زمان تمایل نداشتید به سوالی پاسخ دهید، می‌توانید از آن سوال رد شوید. همچنین تکمیل این نظرسنجی را می‌توانید به زمان دیگری موکول کنید.

اگر کسی را می‌شناسید که علاقه‌مند به شرکت در این نظرسنجی است (افراد ناتوان، خانواده یا مراقبان آن‌ها)، لطفاً لینک زیر را برای او ارسال کنید.

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

پاسخ‌دهندگان می‌توانند از طریق منوی کشویی در گوشه سمت راست بالای صفحه، زبان موردنظر خود را انتخاب کنند. این نظرسنجی به 14 زبان زیر ارائه شده است:

- . انگلیسی
- . عربی
- . ارمنی
- . چینی (ساده شده)
- . فارسی
- . هندی
- . ژاپنی
- . خمر/کامبوجی
- . کره ای
- . روسی
- . اسپانیایی
- . تاگالوگ
- . تایلندی
- . ویتنامی

همچنین می‌توانید این نظرسنجی را دانلود کنید و با دیگران به اشتراک بگذارید. برای
دانلود نظرسنجی، از این لینک استفاده کنید. می‌توانید این نظرسنجی را تکمیل کرده و به
آدرس زیر، پست یا ایمیل کنید:
اداره سالمندان و ناتوانان

Aging & Disabilities Department

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

مایل به شنیدن نظرات تمامی افراد هستیم! مهلت تکمیل این نظرسنجی تا 21 تاریخ آگوست 2025 است

در صورت نیاز به خدمات و پشتیبانی، لطفاً با خط ویژه اطلاعات و راهنمایی آژانس منطقه‌ای سالمندان، از روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با شماره 510-2020 (800) تماس بگیرید. این شماره صرفاً برای خدمات و پشتیبانی در نظر گرفته شده است.

ارسال کنید: PCG سوالات این نظرسنجی را از طریق ایمیل برای تیم نظرسنجی
LACoDisabilitySurvey@pcgus.com

آیا خودتان این نظرسنجی را تکمیل می‌کنید یا به نمایندگی از شخص ناتوان این کار را 1) انجام می‌دهید؟

دارای ناتوانی هستم و خودم این نظرسنجی را تکمیل می‌کنم []

به نمایندگی از شخص دیگری این نظرسنجی را تکمیل می‌کنم. یکی از اعضای خانواده []
او هستم.

به نمایندگی از شخص دیگری این نظرسنجی را تکمیل می‌کنم. پرستار او هستم []

به نمایندگی از شخص دیگری این نظرسنجی را تکمیل می‌کنم. دوست او هستم []

به نمایندگی از شخص دیگری این نظرسنجی را تکمیل می‌کنم. وکیل او هستم []

به نمایندگی از شخص دیگری این نظرسنجی را تکمیل می‌کنم. نوع رابطه من با او در []
گزینه‌های بالا ذکر نشده است.

درباره شما

سپاسگزاریم. از این مرحله به بعد، لطفاً خودتان را به جای فرد ناتوان بگذارید و از طرف او به سوالات پاسخ دهید. تصور کنید که او به این پرسش‌ها چه پاسخی می‌داد.

2) چند سال دارید؟

- () 0-17
- () 18-34
- () 35-59
- () 60-64
- () 65-74
- () 75-84
- () +85

3) لطفاً موارد مرتبط را انتخاب کنید:

- [] دچار ناتوانی جسمی یا حرکتی هستم
- [] دچار ناتوانی بینایی هستم (مثل نابینایی، کم‌بینایی)
- [] دچار ناتوانی شنوایی هستم (مثل ناشنوایی، کم‌شنوایی)
- [] دچار ناتوانی ذهنی یا ناتوانی رشدی هستم (مثل اوتیسم، سندرم داون)
- [] (خوانش‌پریشی، ADHD مثل) دچار ناتوانی شناختی یا اختلال یادگیری هستم
- [] دچار اختلال در سلامت روان یا بیماری عاطفی هستم
- [] دچار اعتیاد هستم
- [] دچار بیماری مزمن یا بیماری‌های مرتبط با سلامتی هستم (مثلاً دیابت، آرتروز، بیماری قلبی، HIV/AIDS)
- [] دچار بیماری عصبی هستم (مثلاً ام‌اس، بیماری پارکینسون، صرع)
- [] دچار فلج مغزی هستم
- [] شده‌ام (TBI) دچار ضربه مغزی یا آسیب تروماتیک مغزی

دچار آلزایمر، زوال عقل یا سایر بیماری‌های مرتبط با حافظه شده‌ام []
دارای ناتوانی هستم که در گزینه‌های بالا وجود ندارد []
هیچ‌یک از این گزینه‌ها در مورد من صدق نمی‌کنند []
(جهت‌یابی: اگر «هیچ‌کدام از این‌ها» انتخاب نشده است، به صفحه تشکر بروید)

موانع

به‌دلیل ناتوانی‌ام، در تلاش برای مشارکت کامل در جامعه، دسترسی به خدمات مورد 4) نیاز و یا حفظ استقلال، با موانع زیر مواجه شده‌ام. لطفاً موارد مرتبط را انتخاب کنید

موانع فیزیکی (مثل ساختمان‌ها، پیاده‌روها، سطوح شیب‌دار، پارکینگ‌ها و سرویس‌های []
(بهداشتی غیرقابل‌دسترس)

موانع حمل‌ونقل (مثل تردد حمل‌ونقل عمومی نامطمئن، حمل‌ونقل نامناسب برای افراد []
(ناتوان، کمبود وسایل نقلیه در دسترس)

موانع ارتباطی (مثل کمبود مترجم زبان اشاره، زیرنویس یا مطالبی با ساختاربندی []
(جایگزین)

موانع مربوط به فناوری (مثل وب‌سایت‌ها، اپلیکیشن‌ها، باجه‌هایی که استفاده از آنها []
(دشوار یا غیرممکن است)

موانع دسترسی به برنامه (مثل فرایندهای پیچیده ثبت درخواست، محدودیت‌های []
(صلاحیتی، کمبود تسهیلات اقامتی)

موانع و شکاف‌های مربوط به برنامه (مثلاً برنامه‌هایی که نیاز دارم، در منطقه من []
(وجود ندارند)

موانع نگرشی (مثل تبعیض، عدم آگاهی یا احترام از سوی اعضای جامعه، ارائه‌دهندگان []
(خدمات یا ادارات دولتی)

فقدان آموزش برای ارائه‌دهندگان خدمات ناتوانی یا کارکنان اداره []

موانع مالی (مثل مقرون‌به‌صرفه‌بودن خدمات، تجهیزات یا مراقبت‌های حمایتی) []

انزوای اجتماعی یا نبود شبکه‌های حمایتی اجتماعی []

سایر موانع در فهرست بالا ذکر نشده‌اند []

سلامت و رفاه کلی

سپاسگزاریم. سوالات زیر به سلامتی و رفاه کلی شما مربوط می‌شود. تا چه اندازه با جملات زیر موافق هستید:

اگر این نظرسنجی را به نمایندگی از فرد دیگری تکمیل می‌کنید، لطفاً هنگام پاسخگویی خودتان را به جای فرد ناتوان بگذارید و از طرف او به سوالات پاسخ دهید. تصور کنید که او به این پرسش‌ها چگونه پاسخ می‌داد.

کدام یک از گزینه‌های زیر، وضعیت شما را از نظر دسترسی به خدمات درمانی بهتر (5) توصیف می‌کند؟ لطفاً موارد مرتبط را انتخاب کنید.

در منطقه من، پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی کافی وجود ندارند []

مراکز مراقبت‌های درمانی در دسترس نیستند یا رفتن به آن‌ها دشوار است []

هنگام ورود به مراکز درمانی، با موانعی مواجه می‌شوم (مثلاً امکان عبور ویلچر [] نیست، بالارفتن از تخت معاینه ممکن نیست یا وسیله‌ای برای کمک به من وجود ندارد و غیره.)

وقتی بیماری هستم، نمی‌توانم از پس هزینه‌های پزشکی بریایم []

در صورت نیاز می‌توانم به پزشک مراجعه کنم []

تا چه اندازه با جملات زیر موافق هستید:

در دو هفته گذشته، پول کافی برای رفع نیازهایم داشتم (6)

کاملاً مخالفم ()

مخالفم ()

نه موافقم و نه مخالفم ()

موافقم ()

کاملاً موافقم ()

از توانایی‌ام در انجام کارهایی که هر روز باید انجام دهم، راضی هستم. مثلاً پرداخت 7) قبوض، خرید مواد غذایی، آشپزی، نظافت منزل و غیره.

() کاملاً مخالفم

() مخالفم

() نه موافقم و نه مخالفم

() موافقم

() کاملاً موافقم

آیا می‌توانید به اندازه دلخواهتان کار کنید؟ 8)

() بله، شاغل هستم و هر چقدر که بخواهم کار می‌کنم

() خیر، شاغل هستم، اما به اندازه دلخواهم کار نمی‌کنم

() خیر، شاغل نیستم و تمایل دارم که شاغل باشم

() بازنشسته هستم/ دوران کاری‌ام تمام شده است/ تمایلی ندارم که شاغل باشم

جهت‌یابی: اگر پاسخ «خیر، من شاغل هستم، اما به اندازه‌ای که می‌خواهم کار نمی‌کنم» (یا) «خیر، من شاغل نیستم و می‌خواهم شاغل باشم» (است، به سوال بعدی بروید، در غیر این صورت به سوال ۱۱ بروید)

اشتغال

چرا نمی‌توانید به اندازه دلخواهتان کار کنید؟ لطفاً تمام دلایل مرتبط با خودتان را انتخاب 9) کنید.

[] فرصت شغلی کافی وجود ندارد

[] ناتوانی یا بیماری‌ام، کارکردن بیشتر را برایم دشوار می‌کند

[] مشکلات مربوط به حمل‌ونقل، کارکردن بیشتر را برایم دشوار می‌کند

[] برای به‌دست‌آوردن شغل مورد نظر، به تحصیلات و آموزش بیشتر یا مدرک خاصی نیاز دارم

[] برای پیدا کردن و حفظ شغلم، نیاز به کمک دارم

سایر موارد []

جهت‌یابی :اگر پاسخ شامل موارد زیر باشد: «معلولیت یا بیماری دیگر من، کار کردن»، «بیشتر را برایم دشوار می‌کند»، «حمل و نقل من، کار کردن بیشتر را برایم دشوار می‌کند برای به دست آوردن شغل مورد نظرم به تحصیلات، آموزش یا گواهینامه بیشتری نیاز» (دارم «به سوال بعدی بروید، در غیر این صورت به سوال ۱۱ بروید

اشتغال (ادامه)

آیا می‌دانید از کجا می‌توان منابع مرتبط با اشتغال و استخدام، مانند هیئت نیروی کار 10 یا توانبخشی شغلی را پیدا کرد؟

- () بله، قبلاً با این گروه‌ها همکاری کرده‌ام
 - () بله، اما هنوز با این گروه‌ها همکاری نکرده‌ام
 - () خیر، اما می‌دانم که چنین منابعی وجود دارند
 - () خیر، نمی‌دانستم که چنین منابعی وجود دارند
-

مسکن

تا چه اندازه با جملات زیر موافق هستید

توانایی پرداخت ماهانه هزینه‌های مسکن مستقل (اجاره، وام مسکن یا سایر 11 پرداختی‌ها) را دارم.

- () کاملاً مخالفم
- () مخالفم
- () نه موافقم و نه مخالفم
- () موافقم
- () کاملاً موافقم

می‌توانم مسکن مناسب افراد کم‌بضاعت در منطقه خودم را پیدا کنم (12)

() کاملاً مخالفم

() مخالفم

() نه موافقم و نه مخالفم

() موافقم

() کاملاً موافقم

محیط

آیا برای رفتن یا رفت‌وآمد به هریک از مکان‌های زیر، با مشکل مواجه هستید؟ لطفاً (13)
موارد مرتبط را انتخاب کنید.

[] مطب پزشک یا مرکز خدمات درمانی

[] مراکز ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی

[] فعالیت‌های تفریحی

[] فروشگاه‌ها و اماکن تجاری

[] محل کار، محل دلخواهتان برای کار یا همکاری داوطلبانه

[] رستوران

[] بانک

[] هتل‌ها

[] برخی مکان‌های دیگر

[] هیچ‌کدام

در سال گذشته، آیا مجبور به تماس با خدمات فوریتی مانند آتش‌نشانی یا آمبولانس (14)
شده‌اید؟

() بله

() خیر

(اگر بله، به سوال بعدی بروید، اگر خیر، به سوال ۱۶ بروید)

آیا خدمات اضطراری موردنیاز خود را دریافت کردید؟ (15)

بله ()

خیر ()

آیا در صورت وقوع شرایط اضطراری یا بلایای طبیعی، برنامه آمادگی (16) ازپیش‌تعیین‌شده دارید (مثلاً برنامه تخلیه اضطراری، دسترسی به تجهیزات پزشکی یا وسیله حمل‌ونقل)؟

بله ()

خیر ()

آیا در صورت وقوع شرایط اضطراری یا بلایای طبیعی، شخص خاصی را دارید که (17) بتوان با او تماس گرفت (مثلاً اعضای خانواده، دوست یا مراقب)؟

بله ()

خیر ()

حمل و نقل

اگر این نظرسنجی را به نمایندگی از فرد دیگری تکمیل می‌کنید، لطفاً هنگام پاسخگویی خودتان را به‌جای فرد ناتوان بگذارید و از طرف او به سؤالات پاسخ دهید. تصور کنید که او به این پرسش‌ها چگونه پاسخ می‌داد:
تا چه اندازه با جملات زیر موافق هستید:

18) امکان دسترسی به وسایل حمل‌ونقل عمومی برایم فراهم است

کاملاً مخالفم ()

مخالفم ()

نه موافقم و نه مخالفم ()

موافقم ()

کاملاً موافقم ()

19) استفاده از حمل و نقل عمومی برایم مقرون به صرفه است

() کاملاً مخالفم

() مخالفم

() نه موافقم و نه مخالفم

() موافقم

() کاملاً موافقم

20) معمولاً در سطح لس آنجلس چگونه تردد می کنید؟ لطفاً موارد مرتبط را انتخاب کنید

[] پیاده روی، دویدن یا جابه جایی با توان شخصی

[] دوچرخه سواری

[] تردد با خودروی شخصی خودم یا یکی از آشنایانم

[] استفاده از حمل و نقل عمومی

[] Metro

[] Lyft یا Uber، استفاده از حمل و نقل خصوصی مانند تاکسی

[] ButterFLi Assisted Transportation یا Access Paratransit استفاده از خدمات حمل و نقل ارائه شده توسط شخصی دیگر مانند

[] روش های دیگر

دسترسی به خدمات

تا چه اندازه با جملات زیر موافق هستید

به‌طور کلی، می‌توانم دسترسی پایدار و مطمئنی به اینترنت داشته باشم (21)

() کاملاً مخالفم

() مخالفم

() نه موافقم و نه مخالفم

() موافقم

() کاملاً موافقم

در زندگی روزمره، ابزارها و امکانات لازم برای برقراری ارتباط مؤثر را در اختیار (22) دارم (مثل مترجم، فناوری پشتیبانی ارتباطی، گزینه‌های ارتباطی جایگزین و غیره)

() کاملاً مخالفم

() مخالفم

() نه موافقم و نه مخالفم

() موافقم

() کاملاً موافقم

آیا در حال حاضر از خدمات عمومی زیر استفاده می‌کنید؟ لطفاً موارد مرتبط را انتخاب (23) کنید

[] خدمات پزشکی و درمانی (شامل مشاوره بیمه)

[] خدمات سلامت رفتاری/ سلامت روان

[] حمایت‌های مرتبط با سلامتی، از جمله تماس‌های تلفنی در خصوص پیگیری سلامت

[] کمک‌های نقدی و کمک‌های مالی دولتی

[] برنامه‌های مراقبت از کودکان

[] برنامه‌های خیریه حمایت از کودکان

[] خدمات حمایتی در منزل (مثل کمک در حمام کردن، لباس پوشاندن، آماده‌کردن غذا)
(رسیدگی به کارهای خانه)

[] برنامه‌های حمایت از کار یا اشتغال

[] خدمات مربوط به تغذیه و امنیت غذایی

- [] مراکز منطقه‌ای
- [] مراکز زندگی مستقل
- [] پشتیبانی‌های حمل‌ونقل
- [] برنامه مسکن حمایتی یا مقرون‌به‌صرفه
- [] برنامه‌های مناسب‌سازی منزل
- [] پشتیبانی‌های مسئول مراقبت
- [] مدیریت پرونده
- [] طرح‌های مشارکت اجتماعی
- [] پشتیبانی‌های ارتباطی (مترجم و غیره)
- [] برنامه‌های مخصوص کهنه‌سربازان
- [] خدمات یا برنامه‌های مرتبط با سوء مصرف مواد
- [] سایر موارد
- [] خیر، از خدمات عمومی موجود استفاده نمی‌کنم

راهنمایی: اگر پاسخ «خیر، من از سرویس‌های عمومی استفاده نمی‌کنم» است، به سوال (بروید. سایر پاسخ‌ها را به سوال ۲۵ منتقل کنید ۲۴)

دسترسی به خدمات (ادامه)

چرا در حال حاضر از خدمات عمومی استفاده نمی‌کنید؟ (24)

- [] در حال حاضر به این خدمات نیازی ندارم
- [] برای دریافت حمایت، به دوستان و خانواده‌ام تکیه می‌کنم
- [] نمی‌دانستم چنین خدماتی برای کمک به من وجود دارند
- [] نمی‌دانم چگونه به این خدمات دسترسی پیدا کنم
- [] به من گفته شده که واجد شرایط دریافت این خدمات نیستم
- [] سایر موارد

(جهت‌یابی: بعد از سوال ۲۴، به سوال ۲۷ بروید)

چگونه با این خدمات آشنا شدید یا به آن‌ها دسترسی پیدا کردید؟ لطفاً موارد مرتبط را (25) انتخاب کنید.

- [] از طریق اینترنت
- [] با یک تماس تلفنی
- [] از طریق مدرسه
- [] از طریق محل کار
- [] از طریق گفت‌وگو با پزشک عمومی
- [] از طریق گفت‌وگو با پزشک متخصص (نظیر متخصص مغز و اعصاب (فیزیوتراپیست، کارشناس روان‌درمانگر
- [] از طریق بیمارستان
- [] از طریق شهرستان یا ایالت
- [] از طریق شرکت بیمه
- [] با توصیه دوستان یا اعضای خانواده
- [] از طریق یک مرکز منطقه‌ای
- [] از طریق یک مرکز زندگی مستقل
- [] سایر موارد

چه عواملی باعث می‌شوند که نگران قطع دسترسی به خدمات شوید؟ لطفاً موارد (26) مرتبط را انتخاب کنید.

- [] چیزهایی که در اخبار می‌شنوم
- [] مسائل مالی
- [] تغییر وضعیت شغلی
- [] تغییر در وضعیت مسکن
- [] تغییر در وضعیت تأهل (برای مثال ازدواج)
- [] سایر موارد
- [] نگران قطع دسترسی به خدمات نیستم

چنانچه دیگر نتوانید به خدماتی که در حال حاضر استفاده می‌کنید، دسترسی داشته (27) باشید، چه برنامه جایگزینی دارید؟ لطفاً موارد مرتبط را انتخاب کنید.

در حال حاضر از خدمات دیگری در محل زندگی‌ام مطلع هستم که در صورت نیاز از []
آن‌ها استفاده خواهم کرد

به دوستان و خانواده تکیه خواهم کرد []

ناگزیر به خانه سالمندان یا مرکز دیگری نقل مکان می‌کنم []

ناگزیر در محدوده شهرستان لس آنجلس نقل مکان می‌کنم []

ناگزیر از شهرستان لس آنجلس به جای دیگری نقل مکان می‌کنم []

به این موضوع فکر کرده‌ام اما برنامه جایگزینی ندارم []

به این موضوع فکر نکرده‌ام []

در حال حاضر در موارد زیر با چالش مواجه هستم/ مایل‌م که از برنامه‌های بیشتری در (28) این زمینه‌ها مطلع شوم:

اطلاعات درباره خدمات موجود و نحوه یافتن آن‌ها []

ارتباط با خدمات مربوطه یا بهره‌مندی از آن‌ها []

حمل و نقل []

مسکن []

دسترسی به مواد غذایی []

گزینه‌های درمانی/ مراقبت‌های پزشکی قابل دسترس []

دسترسی به برنامه‌ها و اماکن تفریحی عمومی []

پشتیبانی‌های زبانی و ارتباطی (خدمات ترجمه، فناوری ارتباطی، گزینه‌های ارتباطی []
(جایگزین و غیره)

فرصت‌های شغلی []

مشارکت اجتماعی و فرصت‌های تعامل در جامعه []

محله‌ها و محیط‌هایی با قابلیت دسترسی بیشتر []

پشتیبانی برای استفاده از سیستم‌ها و برنامه‌های متعدد []

اطلاعات جمعیتی

در پایان، لطفاً اطلاعات بیشتری از خودتان در اختیار ما بگذارید. پاسخ به تمام پرسش‌های زیر اختیاری است و در صورت عدم تمایل، مجبور به پاسخ‌دادن نیستید.

نژاد و قومیت شما چیست؟ لطفاً موارد مرتبط را انتخاب کنید (29)

- ☐ بومی آمریکا یا بومی آلاسکا
- ☐ آسیایی
- ☐ سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی
- ☐ اسپانیایی یا لاتین تبار
- ☐ اهل خاورمیانه یا شمال آفریقا
- ☐ بومی هاوایی یا جزایر اقیانوس آرام
- ☐ سفیدپوست
- ☐ سایر موارد

در خانه بیشتر به چه زبانی صحبت می‌کنید؟ (30)

- ☐ انگلیسی
- ☐ عربی
- ☐ ارمنی
- ☐ چینی
- ☐ فارسی
- ☐ هندی
- ☐ ژاپنی
- ☐ خمر/کامبوجی
- ☐ کره‌ای
- ☐ روسی
- ☐ اسپانیایی

تاگالوگ []

تایلندی []

ویتنامی []

Something else []

جنسیت خود را با چه عنوانی معرفی می‌کنید؟ لطفاً گزینه‌ای را انتخاب کنید که (31) بیشترین تطابق را با هویت خودتان دارد.

مذکر ()

مؤنث ()

غیردوگانه ()

سایر موارد ()

بالاترین سطح تحصیلات شما چیست؟ (32)

کمتر از دبیرستان ()

GED دیپلم دبیرستان یا ()

مقداری تحصیلات کالج، بدون مدرک ()

مدرک کاردانی ()

مدرک کارشناسی ()

مدرک کارشناسی ارشد ()

مدرک دکترا یا حرفه‌ای ()

گواهینامه فنی یا حرفه‌ای ()

در حال حاضر وضعیت شغلی شما چگونه است؟ (33)

شاغل، تمام وقت (32 ساعت در هفته یا بیشتر) ()

شاغل، پاره وقت ()

بیکار و جویای کار ()

بیکار، اما فعلاً جویای کار نیستم ()

سایر موارد ()

کد پستی محل سکونت شما چیست؟ (34)

آیا نکته دیگری در مورد خدمات ناتوانی در شهرستان لس آنجلس وجود دارد که مایل (35) به بیان آن باشید یا در مورد پاسخ‌های خود، توضیح بیشتری دارید؟ اگر مایلید از طرح راهبردی آتی یا خدمات ناتوانی آتی اداره سالمندان و ناتوانان شهرستان لس آنجلس مطلع شوید، لطفاً ایمیل خود را اینجا وارد کنید.

!متشکرم

از اینکه دیدگاه خود را با ما در میان گذاشتید، سپاسگزاریم. تجربه و راهنمایی شما به شکل‌دهی آینده خدمات افراد ناتوان در لس آنجلس کمک می‌کند. وقت و اطلاعات شما برای ما بسیار ارزشمند است. پاسخ‌های شما به اداره سالمندان و ناتوانان شهرستان لس آنجلس کمک می‌کند تا با ایجاد طرح راهبردی خدمات ناتوانی، بتواند به بهترین شکل به افراد ناتوان جامعه یا حامیان آنها خدمت‌رسانی کند.

ارسال کنید: PCG سؤالات این نظرسنجی را از طریق ایمیل برای تیم نظرسنجی
LACoDisabilitySurvey@pcgus.com
