



LOS ANGELES COUNTY

Aging & Disabilities Department

洛杉矶县残障人士服务战略计划

感谢您抽出时间参与本次调查。我们希望了解您在支持残障人士服务和项目方面的经验。本次调查预计需时约**15分钟**。您的回答将严格保密，并用于制定《老龄与残障人士服务战略计划》。我们不会分享任何可识别个人身份的信息。

部分问题可能会引起情感共鸣或不适。如不愿回答特定问题，请直接跳过。您可随时中断并返回继续填写调查。

如果您认识可能对本次调查感兴趣的人士（如残障人士、家属或看护人），请将下方链接分享给他们。

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

本调查提供以下**14种语言版本**，您可在屏幕右上角的下拉菜单中选择：

- 英语
- 阿拉伯语
- 亚美尼亚语
- 简体中文
- 波斯语
- 印地语
- 日语
- 高棉语/柬埔寨语

- 韩语
- 俄语
- 西班牙语
- 他加禄语
- 泰语
- 越南语

您还可以下载调查问卷并与他人分享。您可填写后邮寄或发送电邮至以下地址：

**Aging & Disabilities Department
Attention Guillermo Medina
510 South Vermont Ave, 11th Floor
Los Angeles, California 90020**

info@ad.lacounty.gov

我们诚邀每一位人士分享宝贵意见！调查截止日期为**2025年8月21日**。

如需服务与支持，请在周一至周五上午**8:00**至下午**5:00**，致电老龄事务局信息与援助热线（**800**）**510-2020**。请注意，该号码仅用于服务与支持。

如有任何调查相关问题，请联系**PCG**调查团队，邮箱为**LACoDisabilitySurvey@pcgus.com**

1) 您是以什么身份填写本次调查？

- ☐ 我是残障人士，正在为自己填写此调查
 - ☐ 我是残障人士的家庭成员，正在代表他们填写
 - ☐ 我是残障人士的看护人员，正在代表他们填写
 - ☐ 我是残障人士的朋友，正在代表他们填写
 - ☐ 我是残障人士的支持者/拥护者，正在代表他们填写
 - ☐ 我代表残障人士填写，但我们的关系未在上述选项中列出
-

关于受访者

谢谢。对于以下问题，请将自己当作所代表的残障人士来作答。试着想想对方会如何回答这些问题。

2) 您目前的年龄是？

- ☐ 0-17 岁
- ☐ 18-34 岁
- ☐ 35 - 59 岁
- ☐ 60-64 岁
- ☐ 65 - 74 岁
- ☐ 75 - 84 岁
- ☐ 85 岁以上

3) 请选择所有与您实际情况相关的选项：

- ☐ 有肢体残疾或与行动有关的残疾
- ☐ 有视力残疾（如失明、低视力）
- ☐ 有听力残疾（如耳聋、重听）
- ☐ 有智力或发育障碍（如自闭症、唐氏综合症等）
- ☐ 有认知或学习障碍（如多动症、阅读障碍）
- ☐ 有心理健康或情绪问题
- ☐ 有药物成瘾问题
- ☐ 患有慢性疾病或健康相关疾病（如糖尿病、关节炎、心脏病、艾滋病毒/艾滋病等）
- ☐ 被诊断患有神经系统疾病（如多发性硬化症、帕金森病、癫痫等）
- ☐ 我被诊断患有脑瘫
- ☐ 被诊断患有创伤性脑损伤 (TBI)
- ☐ 被诊断患有阿尔茨海默氏症、痴呆症或其他与记忆有关的疾病
- ☐ 被认定为上述以外的残疾人
- ☐ 以上都不符合本人 （导航：如果选择了此答案，请转到感谢页面）

障碍

4) 由于残疾，本人在参与社区活动、获得所需服务或保持独立时遇到以下障碍。（多选）

☐ 配套设施障碍（例如，无法进入建筑物、人行道、坡道、停车场、洗手间等）

☐ 交通障碍（例如，公共交通不可靠、辅助交通不足、缺乏无障碍车辆）

☐ 交流障碍（如缺乏手语翻译、字幕或其他格式的材料）

☐ 技术障碍（如网站、应用程序、信息亭难以使用或无法使用）

☐ 系统性障碍（例如，复杂的申请程序、资格限制、缺乏便利性）

☐ 项目缺口障碍（例如，所需项目在我所在地区不存在）

☐ 人为障碍（如歧视、缺乏社区成员或服务提供者的理解或尊重）

☐ 残障人士服务机构或部门员工缺乏培训

☐ 经济障碍（如经济实惠的服务、设备或支持性护理）

☐ 社会隔离或缺乏社会支持网络

☐ 以上未列出的其他障碍

整体福祉

谢谢。以下问题将进一步了解您的整体福祉和健康状况。请根据您的真实感受，对以下描述进行评价：

5) 您是否能够在需要时找到医生或获得医疗服务？

- ☐ 所在地区缺乏足够的医生或医疗机构
- ☐ 医疗护理地点未设置无障碍设施或不方便前往
- ☐ 医疗服务地点在我进入后无法使用（例如无法容纳轮椅、无法登上检查床、没有升降电梯等）
- ☐ 我无法承担生病时看医生的费用
- ☐ 我可以在需要时看医生

请根据您的真实感受，对以下描述进行评价：

6) 在过去两周里，我有足够的钱来满足需求。

- ☐ 强烈反对
- ☐ 反对
- ☐ 既不同意也不反对
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意

7) 我对自己能够完成每天需要做的事情感到满意。例如，支付账单、买菜、做饭、打扫房间等。

- ☐ 强烈反对
- ☐ 反对
- ☐ 既不同意也不反对
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意

8) 您是否可以如愿工作？

- ☐ 是，我有工作，且能自主安排工作时长
- ☐ 否，我有工作，但工作时长未达预期
- ☐ 否，我暂无工作，但希望能找到合适的岗位
- ☐ 我已退休、结束工作或暂不考虑就业

（导航：如果答案是“不，我有工作，但我的工作时间没有我想要的那么多”或“不，我没有工作但想要工作”，请转到下一个问题，否则跳至问题 11）

工作

9) 您为什么不能如愿工作？（多选）

- ☐ 市场上缺乏足够的工作机会 （导航：跳至问题 11）
- ☐ 身体残疾或健康状况限制了工作能力 （导航：转到下一个问题）
- ☐ 交通不便，影响了工作安排 （导航：转到下一个问题）

☐ 需要更多教育、培训或资格认证才能胜任理想岗位 （导航：转到下一个问题）

☐ 在求职或保持工作方面需要帮助 （导航：跳至问题 11）

☐ 其他 （导航：跳至问题 11）

工作（续）

10) 您是否了解哪里可以获取就业支持资源，例如劳动力委员会或职业康复机构？

☐ 是，曾与这些机构合作过

☐ 是，但尚未与这些机构合作过

☐ 否，但知道有可用的资源

☐ 否，不了解相关资源的情况

住房

请根据您的真实感受，对以下描述进行评价：

11) 我每月能够负担得起住房相关的开销（如房租、按揭或其他费用）。

☐ 强烈反对

☐ 反对

☐ 既不同意也不反对

☐ 同意

☐ 非常同意

12) 我能在附近找到符合无障碍标准的住房。

- ☐ 强烈反对
 - ☐ 反对
 - ☐ 既不同意也不反对
 - ☐ 同意
 - ☐ 非常同意
-

环境

13) 当您前往或使用以下场所时，是否遇到过不便？（可多选）

- ☐ 医疗服务场所
 - ☐ 社会服务机构
 - ☐ 休闲娱乐场所
 - ☐ 购物场所
 - ☐ 工作相关场所
 - ☐ 餐饮场所
 - ☐ 银行及金融服务网点
 - ☐ 酒店
 - ☐ 其他场所
 - ☐ 无任何不便
-

紧急服务

14) 在去年，您是否曾联系过消防、救护车等紧急救援服务？

☐ 是

☐ 否（跳至问题 16）

15) 您是否获得过所需的应急服务？

☐ 是

☐ 否

16) 您是否已制定应急预案，以应对紧急情况或灾害（例如疏散计划、获取医疗物资或交通工具的途径）？

☐ 是

☐ 否

17) 您是否已指定紧急联系人（例如家人、朋友、看护人），以应对紧急情况或灾害？

☐ 是

☐ 否

运输

请根据您的真实感受，对以下描述进行评价：

18) 公共交通系统对我来说非常方便，满足我的出行需求。

- ☐ 强烈反对
- ☐ 反对
- ☐ 既不同意也不反对
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意

19) 公共交通的费用对我来说相当实惠，负担得起。

- ☐ 强烈反对
- ☐ 反对
- ☐ 既不同意也不反对
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意

20) 您通常采用哪些方式出行，前往洛杉矶及周边地区？（可多选）

- ☐ 步行与跑步
- ☐ 骑自行车
- ☐ 私家车出行
- ☐ 公共交通
- ☐ Metro

- ☐ 私人合乘服务，如出租车、Uber或Lyft
 - ☐ 他人提供的乘车服务，如Easy Life或Access Paratransit
 - ☐ 其他方式
-

服务准入

请根据您的真实感受，对以下描述进行评价：

21) 总体而言，我能够可靠地访问互联网。

- ☐ 强烈反对
- ☐ 反对
- ☐ 既不同意也不反对
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意

22) 我拥有支持日常沟通所需的各种资源，比如翻译人员、辅助沟通技术或替代性沟通方式。

- ☐ 强烈反对
- ☐ 反对
- ☐ 既不同意也不反对
- ☐ 同意
- ☐ 非常同意

23) 您目前是否使用以下公共服务？（可多选）

- ☐ 医疗保健服务（包括保险咨询）
- ☐ 心理健康/行为健康服务
- ☐ 健康支持服务，如电话健康咨询
- ☐ 现金援助、一般救济
- ☐ 儿童保育计划
- ☐ 儿童福利计划
- ☐ 居家支持服务（洗澡、穿衣、备餐、家务劳动等）
- ☐ 工作或就业支持计划
- ☐ 食品和营养支持服务
- ☐ 地区中心
- ☐ 独立生活中心
- ☐ 交通辅助服务
- ☐ 支持性或经济适用房计划
- ☐ 家庭改造及改善计划
- ☐ 照护者支持服务
- ☐ 个案管理服务
- ☐ 社会参与与活动计划
- ☐ 沟通支持服务（如翻译、口译等）
- ☐ 退伍军人计划
- ☐ 药物使用支持项目
- ☐ 其他服务
- ☐ 否，目前未使用公共服务

(导航: 如果答案为“否, 我不使用公开服务”, 请转至问题 24。所有其他答案, 请跳至问题 25)

服务准入 (续)

24) 如果您暂未使用公共服务, 请选择主要原因:

- ☐ 暂无服务需求
- ☐ 已获得亲友支持
- ☐ 对可用服务信息不了解
- ☐ 不清楚申请途径和流程
- ☐ 不符合服务申请资格
- ☐ 其他原因

(导航: 第24题后, 跳至第27题)

25) 如果您正在使用公共服务, 请选择了解/获取服务的渠道 (可多选):

- ☐ 通过互联网查询
- ☐ 通过电话咨询
- ☐ 通过学校渠道
- ☐ 通过工作单位提供的资源
- ☐ 通过与初级保健医生沟通
- ☐ 通过专科医疗服务人员 (如神经科医生、理疗师、心理健康专家) 了解
- ☐ 通过医院获取服务
- ☐ 通过县政府或州政府

- ☐ 通过保险提供商
- ☐ 通过亲友推荐
- ☐ 通过地区中心
- ☐ 通过独立生活中心
- ☐ 其他渠道

26) 您是否担心以下因素会影响您继续获得服务的机会？（可多选）

- ☐ 新闻媒体报道的政策变动
- ☐ 经济压力
- ☐ 工作状态改变
- ☐ 居住环境调整
- ☐ 个人状态变更（如婚姻状况）
- ☐ 其他具体原因
- ☐ 完全不担心服务中断

27) 如果当前服务无法继续，您会考虑采取哪些措施？（可多选）

- ☐ 已掌握其他可用的社区服务资源
- ☐ 寻求家人朋友的支持网络
- ☐ 考虑入住养老院或专业照护机构
- ☐ 在洛杉矶县内搬迁
- ☐ 迁居至洛杉矶县外地区
- ☐ 已考虑但尚未找到解决方案
- ☐ 暂未进行相关规划

28) 您当前面临的挑战或希望获得更多支持的领域有哪些：

- ☐ 现有服务资源导航
- ☐ 服务接入指导
- ☐ 交通便利性
- ☐ 住房便利性
- ☐ 食品供给
- ☐ 医疗保健服务可及性
- ☐ 参与公共休闲项目和前往相关场所
- ☐ 语言和沟通支持（翻译服务、技术设备、多元化交流方式等）
- ☐ 就业机会扩展
- ☐ 社区活动参与和社交网络建设
- ☐ 社区环境无障碍设施完善
- ☐ 协助获得多个系统和项目的服务

人口统计数据

最后，请向我们介绍一下您自己。您可以自由选择是否填写，支持多项选择。

29) 您的族裔认同属于以下哪项？（可多选）

- ☐ 美洲原住民/阿拉斯加原住民
- ☐ 亚裔
- ☐ 黑人或非裔美国人

- ☐ 西班牙裔或拉丁裔
- ☐ 中东及北非裔
- ☐ 夏威夷原住民或太平洋岛民
- ☐ 白种人
- ☐ 其他未列出族裔

30) 您在家中主要使用的语言是？

- ☐ 英语
- ☐ 阿拉伯语
- ☐ 亚美尼亚语
- ☐ 简体中文
- ☐ 波斯语
- ☐ 印地语
- ☐ 日语
- ☐ 高棉语/柬埔寨语
- ☐ 韩语
- ☐ 俄语
- ☐ 西班牙语
- ☐ 他加禄语
- ☐ 泰语
- ☐ 越南语
- ☐ 其他

31) 您的性别认同是？请选择最符合的答案。

- ☐ 男性
- ☐ 女性
- ☐ 非二元性别
- ☐ 其他未列出的性别认同

32) 您的最高学历属于以下哪一项？

- ☐ 高中肄业
- ☐ 高中文凭或拥有GED证书
- ☐ 大学肄业
- ☐ 副学士学位
- ☐ 学士学位
- ☐ 硕士学位
- ☐ 博士学位或专业学位
- ☐ 职业或专业认证
- ☐ 其他

33) 您的最高学历属于以下哪一项？

- ☐ 高中肄业
- ☐ 高中文凭或拥有GED证书
- ☐ 大学肄业
- ☐ 副学士学位
- ☐ 学士学位
- ☐ 硕士学位

☐ 博士学位或专业学位

☐ 职业或专业认证

34) 请选择最符合您目前工作状态的选项:

☐ 就业，全职工作（每周32小时+）

☐ 就业，兼职

☐ 失业，求职中

☐ 失业，当前不在求职

☐ 其他职业状态

35) 您的邮政编码是什么？

36) 如有其他关于洛杉矶县残障人士服务的信息，或对回答有所补充，请随时与我们分享。此外，若希望获取洛杉矶县老龄与残障人士服务部即将发布的战略计划或未来服务的相关信息，请在此处提供您的电邮地址。

非常感谢！

感谢分享您的宝贵见解。您的经验和领导力正在为洛杉矶县残障人士服务的包容未来铺平道路。我们非常感谢您抽出时间并提供信息。您的反馈将为洛杉矶县老龄与残障人士事务部制定《残障人士服务战略计划》提供重要支持，从而为与残障人士共同生活或提供支持的每个人提供最佳服务。

如有任何调查相关问题，请联系PCG调查团队，邮箱为 **LACoDisabilitySurvey@pcgus.com**。
