



LOS ANGELES COUNTY

Aging & Disabilities Department

การสำรวจแผนยุทธศาสตร์เพื่อบริการผู้พิการของเทศมณฑลลอสแอนเจลิส

กรมผู้สูงอายุและผู้พิการประจำเทศมณฑลลอสแอนเจลิส (Los Angeles County Aging & Disabilities Department)

ได้ร่วมมือกับคณะกรรมการว่าด้วยผู้พิการประจำเทศมณฑลลอสแอนเจลิส (Los Angeles County Commission on Disabilities หรือ LACCOD) และกลุ่มที่ปรึกษาสาธารณะ (Public Consulting Group หรือ PCG) เพื่อจัดทำแบบสำรวจนี้ขึ้นมา โดยมี PCG เป็นผู้ดูแลแบบสำรวจ

แบบสำรวจนี้เกี่ยวข้องกับโอกาส ความเหลื่อมล้ำ ช่องว่าง และความต้องการด้านบริการสำหรับผู้พิการในภูมิภาคลอสแอนเจลิส ผลการสำรวจที่ได้นำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การให้บริการผู้พิการของกรมผู้สูงอายุและผู้พิการประจำเทศมณฑลลอสแอนเจลิส ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการจัดทำแผนงาน 5 ปี เพื่อขยายและปรับปรุงศักยภาพการบริการ (โดยขึ้นอยู่กับความพร้อมของงบประมาณ) สำหรับผู้พิการในภูมิภาคลอสแอนเจลิส

ขอขอบคุณที่สละเวลาตอบแบบสำรวจของเรา เราต้องการทราบเกี่ยวกับประสบการณ์ของคุณในการใช้บริการและโปรแกรมต่าง ๆ ที่สนับสนุนผู้พิการ แบบสำรวจนี้จะใช้เวลาประมาณ 15 นาที คำตอบของคุณจะถูกเก็บเป็นความลับ

และจะถูกนำไปใช้ในการกำหนดแผนกลยุทธ์ด้านผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยจะไม่มีเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ

คำถามบางข้ออาจกระทบต่ออารมณ์หรือความรู้สึกอย่างรุนแรง หากคุณต้องการข้ามคำถามใด โปรดดำเนินการได้ตามต้องการ และคุณสามารถกลับมาทำแบบสำรวจนี้ในภายหลังเพื่อให้แล้วเสร็จได้ทุกเมื่อ

หากคุณรู้จักใครที่คุณคิดว่าอาจจะสนใจทำแบบสำรวจนี้ (ไม่ว่าจะเป็นบุคคลที่มีความพิการ ครอบครัว หรือผู้ดูแล) โปรดส่งลิงก์ด้านล่างนี้ให้แก่พวกเขา

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

ผู้ตอบแบบสำรวจสามารถใช้เมนูแบบเลื่อนลงที่มุมขวาบนของหน้าจอ เพื่อเลือกภาษาที่ต้องการได้ แบบสำรวจนี้มีให้บริการใน 14 ภาษา ดังต่อไปนี้:

- ภาษาอังกฤษ
- ภาษาอาหรับ
- ภาษาอาร์เมเนีย
- ภาษาจีน (ตัวย่อ)
- ภาษาฟาร์ซี
- ภาษาฮินดี
- ภาษาญี่ปุ่น
- ภาษาเขมร/กัมพูชา
- ภาษาเกาหลี
- ภาษารัสเซีย
- ภาษาสเปน
- ภาษาตากาล็อก
- ภาษาไทย

- ภาษาเวียดนาม

คุณสามารถดาวน์โหลดแบบสำรวจและแบ่งปันกับผู้อื่นได้
ลิงก์สำหรับดาวน์โหลดแบบสำรวจคือ คุณสามารถกรอกแบบสำรวจ
และส่งกลับทางไปรษณีย์หรืออีเมลมายังที่อยู่ต่อไปนี้:

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

เรายินดีรับฟังความคิดเห็นจากทุกคน!
แบบสำรวจนี้จะเปิดให้ตอบได้ถึงวันที่ 21 สิงหาคม 2568 เท่านั้น

หากคุณต้องการข้อมูลและความช่วยเหลือเกี่ยวกับบริการ
โปรดติดต่อสายด่วนข้อมูลและความช่วยเหลือผู้สูงอายุของหน่วยงานพี
นที ที่หมายเลข (800) 510-2020 วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 8.00 - 17.00
น.
หมายเลขนี้ใช้สำหรับสอบถามเกี่ยวกับการบริการและความช่วยเหลือ
เท่านั้น

หากคุณมีคำถามเกี่ยวกับแบบสำรวจนี้ โปรดติดต่อทีมสำรวจ PCG ที่
LACoDisabilitySurvey@pcgus.com

**1) คุณทำแบบสำรวจนี้ด้วยตนเอง
หรือทำในนามของบุคคลที่มีความพิการ?**

- ☐ ฉันเป็นบุคคลที่มีความพิการ และทำแบบสำรวจนี้ด้วยตัวเอง
 - ☐ ฉันทำแบบสำรวจนี้ในนามของบุคคลอื่น
ซึ่งฉันเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้พิการ
 - ☐ ฉันทำแบบสำรวจนี้ในนามของบุคคลอื่น ซึ่งฉันเป็นผู้ดูแลของผู้พิการ
 - ☐ ฉันทำแบบสำรวจนี้ในนามของบุคคลอื่น ซึ่งฉันเป็นเพื่อนของผู้พิการ
 - ☐ ฉันทำแบบสำรวจนี้ในนามของบุคคลอื่น ซึ่งฉันเป็นผู้แทนของผู้พิการ
 - ☐ ฉันทำแบบสำรวจนี้ในนามของบุคคลอื่น
ซึ่งความสัมพันธ์ของฉันกับผู้พิการไม่ได้ระบุไว้ในรายการด้านบน
-

เกี่ยวกับคุณ

**ขอบคุณ สำหรับส่วนที่เหลือของแบบสำรวจนี้
โปรดตอบในลักษณะที่เสมือนว่าคุณเป็นบุคคลที่มีความพิการตามที่
คุณกำลังทำแบบสำรวจแทนอยู่
โดยพยายามนึกถึงคำตอบที่พวกเขาอาจจะตอบในแต่ละคำถาม**

2) คุณอายุเท่าไร?

- ☐ 0 -17 ปี
- ☐ 18 - 34 ปี
- ☐ 35 - 59 ปี
- ☐ 60 - 64 ปี
- ☐ 65 - 74 ปี
- ☐ 75 - 84 ปี
- ☐ 85 ปีขึ้นไป

3) โปรดเลือกทุกข้อที่ตรงกับตัวคุณ:

- ☐ ฉันเป็นบุคคลที่มีความพิการทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว
- ☐ ฉันเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสายตา (เช่น ตาบอด สายตาเลือนราง)
- ☐ ฉันเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน (เช่น หูหนวก หูตึง)
- ☐ ฉันเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือพัฒนาการ (เช่น ออทิสติก ดาวน์ซินโดรม)
- ☐ ฉันเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ (เช่น โรคสมาธิสั้น (ADHD), โรคดิสเล็กเซีย หรือภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้)
- ☐ ฉันเป็นบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือภาวะทางอารมณ์
- ☐ ฉันเป็นบุคคลที่มีภาวะการใช้สารเสพติด
- ☐ ฉันเป็นบุคคลที่มีภาวะทางการแพทย์หรือสุขภาพเรื้อรัง (เช่น โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ โรคหัวใจ โรคเอดส์)
- ☐ ฉันได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางระบบประสาท (เช่น โรคพาร์กินสัน โรคลมบ้าหมู)
- ☐ ฉันได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองพิการ

- ☐ ฉันได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคบาดเจ็บที่สมอง (TBI)
 - ☐ ฉันได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ สมองเสื่อม หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับความจำอื่น ๆ
 - ☐ ฉันเป็นผู้พิการที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้น
 - ☐ สิ่งเหล่านี้ไม่เป็นความจริงเกี่ยวกับฉันเลย (การนำทาง: หากเลือกคำตอบนี้ ให้ไปที่หน้าขอบคุณ)
-

อุปสรรค

4) เนื่องจากความพิการของฉัน

ฉันจึงประสบกับอุปสรรคต่อไปนี้เมื่อพยายามมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในชุมชน การเข้าถึงบริการที่จำเป็น หรือการรักษาความเป็นอิสระของตนเอง โปรดเลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง:

- ☐ อุปสรรคทางกายภาพ (เช่น อาคาร ทางเท้า ทางลาด พื้นที่จอดรถ ห้องน้ำที่ไม่สามารถเข้าถึงได้)
- ☐ อุปสรรคด้านการขนส่ง (เช่น การเดินทาง ระบบขนส่งสาธารณะที่ไม่น่าเชื่อถือ ระบบขนส่งคนพิการไม่เพียงพอ ขาดยานพาหนะที่สามารถเข้าถึงได้)
- ☐ อุปสรรคด้านการสื่อสาร (เช่น ขาดล่ามภาษามือ คำบรรยาย หรือสื่อทางเลือกในรูปแบบอื่นๆ)
- ☐ อุปสรรคด้านเทคโนโลยี (เช่น เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน หรือเครื่องบริการอัตโนมัติที่ใช้งานได้ยากหรือใช้งานไม่ได้)
- ☐ อุปสรรคในการเข้าถึงโปรแกรม (เช่น ขั้นตอนการสมัครที่ซับซ้อน ข้อจำกัดด้านคุณสมบัติ ขาดการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เข้าถึงได้)
- ☐ อุปสรรคด้านช่องว่างหรือความเหลื่อมล้ำของโปรแกรม (เช่น ไม่มีโปรแกรมที่ฉันต้องการในพื้นที่ของฉัน)

[] อุปสรรคด้านทัศนคติ (เช่น การเลือกปฏิบัติ การขาดความตระหนักรู้ หรือการไม่เคารพจากสมาชิกชุมชน ผู้ให้บริการ หรือหน่วยงานของรัฐ)

[]
การขาดการฝึกอบรมสำหรับผู้ให้บริการด้านคนพิการหรือเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

[] อุปสรรคทางการเงิน (เช่น ไม่สามารถจ่ายค่าบริการ ค่าอุปกรณ์ หรือค่าการดูแลช่วยเหลือได้)

[] การแยกตัวหรือขาดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม

[] อุปสรรคอื่น ๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้น

ความเป็นอยู่โดยรวม

ขอบคุณ

ต่อไปจะเป็นคำถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเป็นอยู่และสุขภาพโดยรวมของคุณ หากคุณทำแบบสำรวจนี้แทนผู้อื่น โปรดอย่าลืมตอบแบบสำรวจนี้เสมือนว่าคุณเป็นผู้พิการคนนั้น และให้ลองคิดในมุมมองของพวกเขาว่าพวกเขาจะตอบคำถามเหล่านี้ได้อย่างไร

5)

**ข้อใดต่อไปนี้อธิบายการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของคุณได้ดีที่สุด?
โปรดเลือกทุกข้อที่ตรงกับคุณ**

- ☐ [] ในพื้นที่ของฉันมีแพทย์หรือผู้ให้บริการทางการแพทย์ไม่เพียงพอ
- ☐ [] สถานพยาบาลเข้าถึงได้ยากหรือเดินทางไปได้ลำบาก
- ☐ [] เมื่ออยู่ในสถานพยาบาล ฉันไม่สามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้
(เช่น ไม่มีพื้นที่รองรับรถเข็น ไม่สามารถขึ้นเตียงตรวจร่างกายได้
ไม่มีลิฟต์สำหรับเคลื่อนย้าย เป็นต้น)
- ☐ [] เมื่อฉันป่วย ฉันไม่มีเงินเพียงพอที่จะไปพบแพทย์หรือจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้
- ☐ [] ฉันสามารถไปพบแพทย์ได้เมื่อจำเป็น

คุณเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้ในระดับใด:

6) ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา

ฉันมีเงินเพียงพอต่อความต้องการของฉัน

- ☐ () ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ☐ () ไม่เห็นด้วย
- ☐ () เฉย ๆ
- ☐ () เห็นด้วย
- ☐ () เห็นด้วยอย่างยิ่ง

7)

ฉันพึงพอใจกับความสามารถของตนเองในการทำสิ่งที่จำเป็นในแต่ละวัน เช่น การจ่ายบิล การซื้อของ การทำอาหาร การทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น

- ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ☐ ไม่เห็นด้วย
- ☐ เฉย ๆ
- ☐ เห็นด้วย
- ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

8) คุณสามารถทำงานได้เท่าที่คุณต้องการหรือไม่?

- ☐ ใช่ ฉันมีงานทำ และฉันก็ทำงานเท่าที่ฉันต้องการ
- ☐ ไม่ ฉันมีงานทำ แต่ฉันไม่ได้ทำงานมากเท่าที่ฉันต้องการ
- ☐ ไม่ ฉันไม่ได้ทำงาน และฉันต้องการมีงานทำ
- ☐ ฉันเกษียณแล้ว/เลิกทำงานแล้ว/ไม่ต้องการทำงาน

(การนำทาง: หากคำตอบคือ “ไม่ ฉันมีงานทำ แต่ฉันไม่ทำงานเท่าที่ฉันต้องการ” หรือ “ไม่ ฉันไม่ได้ทำงานและต้องการมีงานทำ” ให้ไปที่คำถามถัดไป มิฉะนั้น ให้ข้ามไปที่คำถามที่ 11)

งาน

9) ทำไมคุณถึงไม่สามารถทำงานได้เท่าที่คุณต้องการ?
โปรดเลือกทุกเหตุผลที่ตรงกับคุณ

[] ไม่มีโอกาสมากพอ (ข้ามไปที่คำถามที่ 11)

- [] ความพิการหรือภาวะสุขภาพอื่น ๆ
ทำให้ฉันทำงานได้ยากขึ้น (ไปที่คำถามถัดไป)
 - [] การเดินทางทำให้ฉันทำงานลำบากมากขึ้น (ไปที่คำถามถัดไป)
 - [] ฉันต้องการการศึกษา การฝึกอบรม
หรือการรับรองเพิ่มเติมเพื่อให้ได้งานประเภทที่ฉันต้องการ (ไปที่คำถามถัดไป)
 - [] ฉันต้องการความช่วยเหลือในการหางานและรักษางานไว้ (ข้ามไปที่คำถามที่ 11)
 - [] ปัจจัยอื่น ๆ (ข้ามไปที่คำถามที่ 11)
-

งาน (ต่อ)

**10) คุณทราบหรือไม่ว่าจะสามารถหาทรัพยากรเกี่ยวกับการจ้างงาน เช่น
คณะกรรมการแรงงานหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพได้จากที่ใด
?**

- () ทราบ และฉันเคยทำงานร่วมกับกลุ่มเหล่านี้มาก่อนแล้ว
- () ทราบ แต่ฉันยังไม่ได้ทำงานร่วมกับกลุ่มเหล่านี้
- () ไม่ทราบ แต่ฉันรู้ว่ามีความรู้หรือทรัพยากรที่ฉันสามารถใช้ได้
- () ไม่ทราบ ฉันไม่รู้ว่ามีความรู้หรือทรัพยากรเหล่านี้ให้บริการ

ที่อยู่อาศัย

คุณเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้ในระดับใด:

11) ฉันสามารถจ่ายค่าที่อยู่อาศัยของตนเองได้ในแต่ละเดือน (เช่น ค่าเช่า ค่าจ้าง ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ)

- ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ☐ ไม่เห็นด้วย
- ☐ เฉย ๆ
- ☐ เห็นด้วย
- ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

12) ฉันสามารถหาที่พักอาศัยที่เหมาะสมและเข้าถึงได้ในพื้นที่ของฉัน

- ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ☐ ไม่เห็นด้วย
- ☐ เฉย ๆ
- ☐ เห็นด้วย
- ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

สิ่งแวดล้อม

13)

คุณประสบปัญหาในการเดินทางหรือไปยังสถานที่ประเภทต่อไปนี้หรือไม่? โปรดเลือกทุกข้อที่ตรงกับคุณ

- ☐ คลินิกหรือสถานบริการด้านสุขภาพ
- ☐ ผู้ให้บริการด้านสังคม
- ☐ กิจกรรมสันทนาการ
- ☐ ร้านค้าและสถานประกอบการ
- ☐ ที่ทำงานของคุณ หรือที่ที่คุณต้องการทำงานหรือเป็นอาสาสมัคร
- ☐ ร้านอาหาร
- ☐ ธนาคาร
- ☐ โรงแรม
- ☐ สถานที่ประเภทอื่น ๆ
- ☐ ไม่มีข้อใดตรงกับฉัน

14) ในช่วงปีที่ผ่านมา คุณเคยติดต่อบริการฉุกเฉิน เช่น บริการดับเพลิงหรือรถพยาบาลหรือไม่?

- ☐ ใช่
- ☐ ไม่

(หากใช่ให้ไปที่คำถามถัดไป หากไม่ใช่ให้ข้ามไปที่คำถามที่ 16)

15) คุณได้รับบริการฉุกเฉินตามที่คุณต้องการหรือไม่?

☐ ใช่

☐ ไม่

16)

คุณมีแผนเตรียมพร้อมรับมือในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติหรือไม่? (เช่น แผนการอพยพ การเข้าถึงเวชภัณฑ์ หรือการเดินทาง)

☐ มี

☐ ไม่มี

17)

คุณมีบุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติหรือไม่? (เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้ดูแล)

☐ มี

☐ ไม่มี

การขนส่ง

หากคุณทำแบบสำรวจนี้แทนผู้อื่น

โปรดอย่าลืมตอบแบบสำรวจนี้เสมือนว่าคุณเป็นผู้พิจารณาคนนั้น

และให้ลองคิดในมุมมองของพวกเขาว่าพวกเขาจะตอบคำถามเหล่านี้
อย่างไร

คุณเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้ในระดับใด:

18) ฉันสามารถเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะได้

- ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ☐ ไม่เห็นด้วย
- ☐ เฉย ๆ
- ☐ เห็นด้วย
- ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

19) ฉันสามารถจ่ายค่าขนส่งสาธารณะได้

- ☐ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- ☐ ไม่เห็นด้วย
- ☐ เฉย ๆ
- ☐ เห็นด้วย
- ☐ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

**20) โดยปกติแล้ว คุณเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ
ในลอสแอนเจลิสโดยวิธีใดบ้าง? โปรดเลือกทุกข้อที่ตรงกับคุณ**

- ☐ เดิน วิ่ง หรือเดินทางด้วยตัวเอง
- ☐ ปั่นจักรยาน
- ☐ รถยนต์ส่วนตัวที่คุณหรือคนรู้จักเป็นเจ้าของ
- ☐ ระบบขนส่งสาธารณะ
- ☐ Metro
- ☐ บริการแชร์รถส่วนตัว เช่น แท็กซี่, Uber หรือ Lyft

[] บริการรับ-ส่งที่ให้บริการโดยบุคคลหรือองค์กรอื่น เช่น ButterFLi Assisted Transportation หรือ Access Paratransit

[] วิธีอื่น ๆ

การเข้าถึงบริการ

คุณเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้ในระดับใด:

21) โดยทั่วไปแล้ว ฉันสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- () ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- () ไม่เห็นด้วย
- () เฉย ๆ
- () เห็นด้วย
- () เห็นด้วยอย่างยิ่ง

22) ในชีวิตประจำวัน

**ฉันมีสิ่งจำเป็นสำหรับการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (เช่น
ล่ามแปลภาษา เทคโนโลยีสนับสนุนการสื่อสาร
ทางเลือกอื่นในการสื่อสาร ฯลฯ)**

- () ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- () ไม่เห็นด้วย
- () เฉย ๆ
- () เห็นด้วย
- () เห็นด้วยอย่างยิ่ง

**23) ปัจจุบันคุณใช้บริการสาธารณะใดต่อไปนี้หรือไม่?
โปรดเลือกทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง**

- ☐ บริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพ
(รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านประกันภัย)
- ☐ บริการสุขภาพจิต/บริการสุขภาพด้านพฤติกรรม
- ☐ การสนับสนุนด้านสุขภาพ เช่น การตรวจติดตามทางโทรศัพท์
- ☐ เงินช่วยเหลือหรือบรรเทาทุกข์ทั่วไป
- ☐ โครงการดูแลเด็ก
- ☐ โครงการสวัสดิการเด็ก
- ☐ บริการสนับสนุนภายในบ้าน (การอาบน้ำ แต่งตัว เตรียมอาหาร งานบ้าน)
- ☐ โครงการสนับสนุนการทำงานหรือการจ้างงาน
- ☐ บริการด้านอาหารและโภชนาการ
- ☐ ศูนย์ภูมิภาค
- ☐ ศูนย์บริการคนพิการเพื่อการดำรงชีพอิสระ
- ☐ การสนับสนุนด้านการเดินทาง
- ☐ โครงการที่อยู่อาศัยแบบสนับสนุนหรือราคาย่อมเยา
- ☐ โครงการปรับปรุงที่อยู่อาศัย
- ☐ การสนับสนุนสำหรับผู้ดูแล
- ☐ การจัดการเคส
- ☐ โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม
- ☐ การสนับสนุนด้านการสื่อสาร (ล่ามแปลภาษา ฯลฯ)
- ☐ โครงการสำหรับทหารผ่านศึก
- ☐ การสนับสนุนหรือโปรแกรมสำหรับผู้ใช้เวลาเสพติด
- ☐ อื่น ๆ

☐ ไม่ ฉันไม่ได้ใช้บริการสาธารณะเหล่านี้

(การนำทาง: หากคำตอบคือ “ไม่ ฉันไม่ใช้บริการสาธารณะ” ให้ไปที่คำถามที่ 24
คำตอบอื่นๆ ทั้งหมด ให้ข้ามไปที่คำถามที่ 25)

24) ทำไมในปัจจุบันคุณจึงไม่ได้ใช้บริการสาธารณะ?

☐ ฉันไม่ต้องการบริการในขณะนี้

☐ ฉันพึ่งพาเพื่อนและครอบครัวที่คอยให้ความช่วยเหลือ

☐ ฉันไม่ทราบว่ามียุทธศาสตร์ที่สามารถช่วยเหลือฉันได้

☐ ฉันไม่รู้ว่าจะเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้อย่างไร

☐ มีผู้แจ้งว่าฉันไม่มีคุณสมบัติในการใช้บริการ

☐ เหตุผลอื่น

(การนำทาง: หลังจากคำถามที่ 24 ให้ข้ามไปที่คำถามที่ 27)

25) คุณรู้จักหรือเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้อย่างไร?

โปรดเลือกทุกข้อที่ตรงกับคุณ

☐ ผ่านทางอินเทอร์เน็ต

☐ ผ่านทางโทรศัพท์

☐ ผ่านทางโรงเรียนของฉัน

☐ ผ่านทางที่ทำงานของฉัน

☐ พูดคุยกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพหลักของฉัน

☐ พูดคุยกับผู้ให้บริการเฉพาะทาง (เช่น นักประสาทวิทยา นักกายภาพบำบัด
ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต)

☐ ผ่านทางโรงพยาบาล

☐ ผ่านทางเทศมณฑลหรือรัฐ

- ☐ ผ่านทางบริษัทประกันภัยของฉัน
- ☐ เพื่อนหรือครอบครัวแนะนำบริการเหล่านี้
- ☐ ผ่านศูนย์ภูมิภาค
- ☐ ผ่านศูนย์บริการคนพิการเพื่อการดำรงชีพอิสระ
- ☐ ผ่านช่องทางอื่น

26) สิ่งใดบ้างที่ทำให้คุณกังวลว่าจะสูญเสียการเข้าถึงบริการโปรดเลือกทุกข้อที่ตรงกับคุณ

- ☐ เพราะสิ่งที่ได้ยินจากข่าว
- ☐ เพราะเหตุผลทางการเงิน
- ☐ เพราะการเปลี่ยนแปลงสถานะการทำงานของฉัน
- ☐ เพราะการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยของฉัน
- ☐ เพราะการเปลี่ยนแปลงสถานะความสัมพันธ์ของฉัน (เช่น แต่งงาน)
- ☐ เพราะเหตุผลอื่น ๆ
- ☐ ฉันไม่กังวลเกี่ยวกับการสูญเสียการเข้าถึงบริการ

27)

คุณมีแผนอย่างไรหากไม่สามารถเข้าถึงบริการที่คุณใช้อยู่ในปัจจุบันได้อีกต่อไป? โปรดเลือกทุกข้อที่ตรงกับคุณ

- ☐ ขณะนี้ฉันรู้จักบริการอื่น ๆ ในชุมชนของฉันที่ฉันสามารถใช้ได้
- ☐ ฉันจะพึ่งพาเพื่อนและครอบครัว
- ☐ ฉันจะต้องย้ายไปอยู่บ้านพักคนชราหรือสถานบริการอื่น ๆ
- ☐ ฉันจะต้องย้ายไปอยู่ในพื้นที่อื่นภายในเทศมณฑลลอสแอนเจลิส
- ☐ ฉันจะต้องย้ายออกจากเทศมณฑลลอสแอนเจลิส
- ☐ ฉันได้คิดถึงเรื่องนี้แล้ว แต่ยังไม่มีแผนสำรอง

[] ฉันยังไม่ได้คิดเกี่ยวกับเรื่องนี้

28) ขณะนี้ฉันประสบปัญหา/ต้องการดูโปรแกรมเพิ่มเติมสำหรับ:

[] ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่มีอยู่และวิธีการเข้าถึงบริการเหล่านั้น

[] การเริ่มต้นใช้บริการหรือการเชื่อมต่อกับบริการต่าง ๆ

[] การขนส่ง

[] ที่อยู่อาศัย

[] การเข้าถึงอาหาร

[] บริการทางการแพทย์/การดูแลสุขภาพที่เข้าถึงได้

[] การเข้าถึงโปรแกรมและสถานที่พักผ่อนหย่อนใจสาธารณะ

[] การสนับสนุนด้านภาษาและการสื่อสาร (บริการแปลภาษา เทคโนโลยีการสื่อสาร ทางเลือกในการสื่อสาร ฯลฯ)

[] โอกาสในการทำงาน

[] การมีส่วนร่วมในชุมชนและโอกาสทางสังคม

[] พื้นที่และสภาพแวดล้อมที่เข้าถึงได้มากขึ้น

[] การสนับสนุนในการเข้าถึงและการใช้งานจากระบบและโปรแกรมต่าง ๆ

ข้อมูลประชากร

สุดท้ายนี้ โปรดบอกเราเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวคุณ
คำถามทั้งหมดเป็นคำถามทางเลือก
และคุณไม่จำเป็นต้องตอบหากไม่ต้องการ

29) คุณมีเชื้อชาติหรือชาติพันธุ์อะไร? โปรดเลือกทุกข้อที่ตรงกับคุณ

- ☐ ชนพื้นเมืองอเมริกันหรือชนพื้นเมืองอลาสก้า
- ☐ เอเชีย
- ☐ ผิวดำหรือแอฟริกันอเมริกัน
- ☐ ฮิสแปนิกหรือลาติน
- ☐ ตะวันออกกลางหรือแอฟริกาเหนือ
- ☐ ชนพื้นเมืองฮาวายหรือชาวเกาะแปซิฟิก
- ☐ ผิวขาว
- ☐ เชื้อชาติอื่นที่ไม่ได้ระบุไว้

30) คุณพูดภาษาอะไรเป็นหลักที่บ้าน?

- ☐ ภาษาอังกฤษ
- ☐ ภาษาอาหรับ
- ☐ ภาษาอาร์เมเนีย
- ☐ จีน (แมนดาริน กวางตุ้ง หรือภาษาถิ่นอื่น ๆ)
- ☐ ภาษาฟาร์ซี
- ☐ ภาษาฮินดี
- ☐ ภาษาญี่ปุ่น

☐ ภาษาเขมร/กัมพูชา

☐ ภาษาเกาหลี

☐ ภาษารัสเซีย

☐ ภาษาสเปน

☐ ภาษาตากาล็อก

☐ ภาษาไทย

☐ ภาษาเวียดนาม

☐ ภาษาอื่น

31) คุณระบุว่าตัวเองเป็นเพศอะไร?

โปรดเลือกคำตอบข้อเดียวที่ตรงกับลักษณะการอธิบายตนเองของคุณมากที่สุด

☐ ชาย

☐ หญิง

☐ ไม่ระบุเป็นเพศชายหรือหญิง (Nonbinary)

☐ เพศที่ไม่ได้ระบุไว้

32) ระดับการศึกษาสูงสุดของคุณคืออะไร?

- ☐ ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
- ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือประกาศนียบัตรเทียบเท่า (GED)
- ☐ ระดับวิทยาลัย แต่ไม่ได้รับปริญญา
- ☐ อนุปริญญา
- ☐ ปริญญาตรี
- ☐ ปริญญาโท
- ☐ ปริญญาเอก หรือปริญญาทางวิชาชีพ
- ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ

33) สถานะการทำงานปัจจุบันของคุณคือ?

- ☐ มีงานทำ ทำงานเต็มเวลา (32 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป)
- ☐ มีงานทำ ทำงานพาร์ทไทม์
- ☐ วางงานและกำลังหางาน
- ☐ วางงานแต่ไม่ได้กำลังหางาน
- ☐ อื่น ๆ

34) รหัสไปรษณีย์ของคุณคือ?

35)

มีข้อมูลเพิ่มเติมที่อยากให้เราทราบเกี่ยวกับบริการสำหรับผู้พิการในเขตเทศมณฑลลอสแอนเจลิส

หรือมีความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำตอบด้านบนหรือไม่?

หากคุณต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ที่กำลังจะจัดทำขึ้น

หรือบริการสำหรับผู้พิการในอนาคตจากกรมผู้สูงอายุและผู้พิการของเทศมณฑลลอสแอนเจลิส โปรดกรอกอีเมลของคุณไว้ที่นี่

ขอบคุณ!

ขอขอบคุณอย่างยิ่งที่ร่วมแบ่งปันความคิดเห็นและข้อมูลเชิงลึกของคุณ ประสพการณ์และบทบาทของคุณมีส่วนสำคัญในการกำหนดอนาคตของการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมของผู้พิการในลอสแอนเจลิส เราขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับเวลาและข้อมูลที่คุณได้ให้ไว้

คำตอบของคุณจะช่วยให้กรมผู้สูงอายุและผู้พิการของเทศมณฑลลอสแอนเจลิสสามารถจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อบริการผู้พิการที่ตอบสนองความต้องการของทุกคนในชุมชนที่ใช้ชีวิตร่วมกับหรือให้การดูแลผู้พิการได้อย่างครอบคลุม

หากมีคำถามเกี่ยวกับแบบสำรวจนี้ โปรดติดต่อทีมสำรวจ PCG ที่ LACoDisabilitySurvey@pcgus.com

