



Age Strong realiza esta encuesta para obtener más información sobre las necesidades y prioridades de los adultos mayores de Boston. Los resultados de esta encuesta se usarán para el Plan Age Strong, que tiene como objetivo hacer de Boston una ciudad inclusiva y accesible para personas de todas las edades. ¡Esta es una valiosa oportunidad para darnos su opinión! Sus respuestas ayudarán a delinear el trabajo y las decisiones de financiación de Age Strong en los próximos años, y a crear una ciudad en la que todos podamos envejecer. **Sus respuestas se mantendrán confidenciales y no se compartirán por fuera de Age Strong.**

1. ¿En qué vecindario de Boston vive?

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allston | <input type="checkbox"/> Dorchester (al sur de Park Street) | <input type="checkbox"/> North End |
| <input type="checkbox"/> Brighton | <input type="checkbox"/> Downtown | <input type="checkbox"/> Roslindale |
| <input type="checkbox"/> Back Bay | <input type="checkbox"/> East Boston | <input type="checkbox"/> Roxbury |
| <input type="checkbox"/> Beacon Hill | <input type="checkbox"/> Fenway | <input type="checkbox"/> South Boston |
| <input type="checkbox"/> Charlestown | <input type="checkbox"/> Hyde Park | <input type="checkbox"/> South End |
| <input type="checkbox"/> Chinatown/
Leather District | <input type="checkbox"/> Jamaica Plain | <input type="checkbox"/> West End |
| <input type="checkbox"/> Dorchester (al norte de Park Street) | <input type="checkbox"/> Mattapan | <input type="checkbox"/> West Roxbury |
| | <input type="checkbox"/> Mission Hill | <input type="checkbox"/> Otro_____ |

2. ¿Desde hace cuánto tiempo vive en Boston?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 5 años | <input type="checkbox"/> 35-44 años |
| <input type="checkbox"/> 5-14 años | <input type="checkbox"/> 45-54 años |
| <input type="checkbox"/> 15-24 años | <input type="checkbox"/> 55 años o más |
| <input type="checkbox"/> 25-34 años | |

3. ¿Qué importancia tiene para usted seguir viviendo en el vecindario donde vive actualmente a medida que envejece? (Marque una sola respuesta).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muy importante | <input type="checkbox"/> Un poco importante |
| <input type="checkbox"/> Bastante importante | <input type="checkbox"/> Para nada importante |

4. ¿Tiene un trabajo remunerado?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí, jornada completa | <input type="checkbox"/> Estoy buscando empleo |
| <input type="checkbox"/> Sí, media jornada | <input type="checkbox"/> Estoy retirado |

5. Indique en qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación:

“Dispongo de recursos adecuados para cubrir mis necesidades financieras, lo que incluye mantenimiento del hogar, atención médica personal y otros gastos”.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muy importante | <input type="checkbox"/> Un poco importante |
| <input type="checkbox"/> Bastante importante | <input type="checkbox"/> Para nada importante |

6. ¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses en que usted no tuvo dinero para cubrir las siguientes necesidades? (Seleccione todas las opciones que corresponda).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentos | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil |
| <input type="checkbox"/> Vivienda (renta/hipoteca) | <input type="checkbox"/> Cuidados (cuidado de ancianos, cuidado del cónyuge, cuidado de una persona dependiente) |
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Refacción del hogar |
| <input type="checkbox"/> Calefacción | <input type="checkbox"/> Cable/Internet |
| <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Prescripciones | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Necesidades médicas | |
| <input type="checkbox"/> Deudas | |

7. ¿Renta o es propietario de su vivienda?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Propiedad suya o de un miembro del grupo familiar con hipoteca o préstamo |
| <input type="checkbox"/> Propiedad suya o de un miembro del grupo familiar sin hipoteca o préstamo |
| <input type="checkbox"/> Usted o un miembro del grupo familiar pagan renta |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ |

8. ¿Con quién vive? *(Seleccione todas las opciones que corresponda).*

- Solo
- Con mis hijos, que son adultos (18 años o mayores)
- Con mi cónyuge o pareja
- Con mi(s) nieto(s)
- Con otro(s) pariente(s)
- Con mi(s) hijo(s) (menores de 18 años)
- Con mascotas
- Con alguien más (compañero de cuarto, amigo, no pariente)

9. En los próximos 5 años, si debiera mudarse de su hogar actual, ¿qué tipo de vivienda preferiría en Boston? *(Seleccione todas las opciones que corresponda).*

- Casa unifamiliar más pequeña
- Apartamento auxiliar (construido como ampliación de una casa)
- Apartamento, condominio o casa adosada
- Comunidad de jubilados mayores de 55 años
- Comunidad de vida asistida
- Vivienda subvencionada (con vale o exención)
- Otro_____

10. Si tuviera que mudarse de su residencia actual, ¿cuál sería el motivo? *(Seleccione todas las opciones que corresponda).*

- Tamaño de la casa (se desea más o menos espacio)
- Costos de vivienda (renta/hipoteca, refacciones del hogar, impuestos sobre la propiedad)
- Querer vivir en una zona diferente con comodidades diferentes
- Estar más cerca de amigos o familiares
- Necesidad de una vivienda que favorezca la vida independiente a medida que envejece (por ejemplo, una vivienda sin escaleras)
- No tengo planes de mudarme
- Otro_____

11. ¿Es adecuado el tamaño de su vivienda?

- Alojamiento adecuado (espacio suficiente)
- Vive en una vivienda demasiado grande (espacio más que suficiente)
- Vive en una vivienda demasiado pequeña (no hay suficiente espacio, se aloja en casa de amigos o familiares)

12. ¿Con qué frecuencia se siente en riesgo de perder su vivienda (por ejemplo, imposibilidad de pagar las facturas, desalojo o cambios en la titularidad de su propiedad)?

- Nunca
- Constantemente
- Una vez al mes
- En los últimos seis meses
- En el último año
- Me siento en riesgo de perder mi vivienda en el futuro

****Si está en riesgo de perder su vivienda y necesita ayuda, comuníquese telefónicamente con Age Strong al 617-635-4366 y alguien del equipo de vivienda le brindará asistencia. Para obtener ayuda fuera del horario comercial, comuníquese telefónicamente al 3-1-1.***

13. Indique en qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación:

“Siento que pertenezco al barrio en el que vivo”.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

14. Si hoy hubiera una emergencia, ¿conoce a algún vecino o miembro de la comunidad que pudiera estar pendiente de usted y de su familia?

- Sí
- No
- No estoy seguro

15. ¿Ha sido el idioma un obstáculo para acceder a servicios en Boston?

- Sí
- No

16. ¿Cómo se entera usted de lo que sucede en su vecindario? (*Seleccione todas las opciones que corresponda*).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Iglesia/organizaciones religiosas |
| <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Organizaciones comunitarias |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Letreros/volantes |
| <input type="checkbox"/> Vecinos | <input type="checkbox"/> Internet/redes sociales |
| <input type="checkbox"/> Amigos/familiares | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

17. Evalúe en qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación:
“Creo que sé dónde obtener información sobre servicios, recursos y actividades para satisfacer mis necesidades”.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/> En desacuerdo |
| <input type="checkbox"/> De acuerdo | <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo |

18. ¿Cuál de las siguientes situaciones se aplica actualmente a usted?
(Seleccione todas las respuestas que corresponda):

- Necesita acceso a actividades culturales o sociales (por ejemplo, eventos culturales, servicios religiosos, grupos sociales).
- Vive con pérdida de visión.
- Vive con pérdida auditiva.
- Vive con discapacidades físicas (incluidos problemas de movilidad y problemas crónicos de salud física).
- Su estado de salud es frágil o débil.
- Necesita recursos que le brinden apoyo como cuidador.
- Es abuelo y cría a sus nietos.
- Necesita servicios legales (por ejemplo, ayuda con problemas de vivienda, beneficios gubernamentales, poderes notariales y asesoramiento legal).
- Es parte de la comunidad LGBTQIA+.
- Tiene problemas de salud mental o emocional (como ansiedad, depresión, estrés).
- Necesita ayuda con las comidas o la nutrición (por ejemplo, dificultad para cocinar o necesidad de servicio de entrega de comidas).
- Otro (Especifique): _____

Demographic Information

19. ¿Cuál es su edad? (Anótela): _____

20. El género con el que me identifico es...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> No binario, genderqueer, género no conforme | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

21. La raza/etnia con la que me identifico es... (Seleccione todas las opciones que corresponda.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio norteamericano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> De Oriente Medio o África del Norte | |

22. ¿Habla un idioma que no es inglés en casa?

- Sí
 No

23. Si es así, ¿qué otro(s) idioma(s) habla?

24. ¿Es su ingreso familiar anual total inferior a USD 20 000? (Opcional)

- Sí
 No
 Prefiero no responder

25. ¿Es usted actualmente miembro de MassHealth?

- Sí

No

No sé

Utilice este espacio para brindarnos cualquier información adicional que desee compartir: _____

¿Quiere unirse a la lista de difusión por correo electrónico de Age Strong?

Dirección de correo electrónico: _____

Código postal: _____

**Toda la información de esta encuesta es confidencial. Si decide suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, su dirección de correo electrónico, nombre y cualquier otra información de identificación no quedarán vinculados a sus respuestas a esta encuesta. **

Devolver por correo: Attn: Ava Portela
Age Strong Commission
City of Boston
1 City Hall Square, Room 271
Boston, MA 02201