



Plan de Área (2024-28) Formulario de Comentarios

| | | | |
|-----------------------------------|--|---------------|--|
| Ubicación de la Audiencia: | | Fecha: | |
|-----------------------------------|--|---------------|--|

Cada cuatro años, el Departamento de Servicios para Adultos y Personas Mayores del Condado de San Bernardino-Guardian Publico (DAAS) planifica servicios para personas mayores y individuos con discapacidades conocido como el Plan de Área. El Plan de Área describe los programas que DAAS-PG ofrece servicios en siete áreas regionales: Este del Desierto, Noroeste del Desierto, Morongo Basin, Victor Valley, Montañas de San Bernardino, Este del Valle y Oeste del Valle. Los servicios para adultos y personas mayores del Condado de San Bernardino incluyen comidas colectivas y entregadas a domicilio, asistencia informativa, asistencia legal, servicios de apoyo, cuidado personal, transporte asistido y pases de autobús, apoyo para cuidadores de familia, presentación de enfermedades, servicios de Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo, prevención del abuso de personas mayores. Con el fin de brindar el mejor servicio posible, DAAS-PG estudia una variedad de información sobre las necesidades de los residentes del Condado de San Bernardino, incluyendo comentarios de personas como usted. Por favor ccomplete las siguientes preguntas y comparta cualquier sugerencia que pueda tener con respecto a las actividades, servicios, y programas. Valoramos su perspectiva y la utilizaremos para mejorar los servicios que ofrecemos.

| | | | |
|--|--|---|--|
| Edad: | <input type="checkbox"/> Menor de 60 <input type="checkbox"/> 60-64 <input type="checkbox"/> 65-69 <input type="checkbox"/> 70-74 <input type="checkbox"/> 75-79 <input type="checkbox"/> 80-84 <input type="checkbox"/> 85 o Mas | | |
| Genero: | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Me Rehusó a declarar | <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> No indicado (especifíquese): _____ | <input type="checkbox"/> Genderqueer/género no binario |
| Que categoría mejor describe su Raza: | <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Me Rehusó a declarar <input type="checkbox"/> Más de una raza | <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico | |
| ¿Cual es su lenguaje primario? | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifíquese): _____ | | |
| En que Distrito vive? | <input type="checkbox"/> Primer Distrito <input type="checkbox"/> Segundo Distrito <input type="checkbox"/> Tercer Distrito | <input type="checkbox"/> Curto District <input type="checkbox"/> Quinto District <input type="checkbox"/> No estoy Seguro/a | |

Usa alguno de los servicios o ha usado los servicios a continuación?

| | |
|--|--|
| 1. ¿Comidas congregadas o entrega a domicilio? | <input type="checkbox"/> Sí (actualmente) <input type="checkbox"/> Sí (anteriormente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó a contestar |
| 2. ¿Servicios de Información y Asistencia? (SIA) | <input type="checkbox"/> Sí (actualmente) <input type="checkbox"/> Sí (anteriormente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó a contestar |
| 3. ¿Asistencia Legal? | <input type="checkbox"/> Sí (actualmente) <input type="checkbox"/> Sí (anteriormente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó a contestar |
| 4. ¿Servicios de Apoyo? (Por Ejemplo: Reparación de la residencia, Traducción/Interpretación, Educación comunitaria) | <input type="checkbox"/> Sí (actualmente) <input type="checkbox"/> Sí (anteriormente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó a contestar |

Continue en la siguiente pagina

Area Plan (2024-28)
Formulario de Comentarios

| Usa alguno de los servicios o ha usado los servicios a continuación? (continuado) | | | | | |
|--|---|---|--|---------------------------------------|---|
| 5. ¿Servicios de Cuidado Personal? (Por Ejemplo: Tareas domésticas, Ama de casa, Guardería para adultos, Gestión de Movilidad) | <input type="checkbox"/> Sí (actualmente) | <input type="checkbox"/> Sí (anteriormente) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó a contestar | | |
| 6. ¿Servicios de Transporte Asistido y/o Pases de Autobús? | <input type="checkbox"/> Sí (actualmente) | <input type="checkbox"/> Sí (anteriormente) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó a contestar | | |
| 7. ¿Servicios de Apoyo para Cuidadores de Familia? | <input type="checkbox"/> Sí (actualmente) | <input type="checkbox"/> Sí (anteriormente) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó a contestar | | |
| 8. ¿Servicios de Prevención de Enfermedades? | <input type="checkbox"/> Sí (actualmente) | <input type="checkbox"/> Sí (anteriormente) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó a contestar | | |
| 9. ¿Servicios de Promoción de la Salud? | <input type="checkbox"/> Sí (actualmente) | <input type="checkbox"/> Sí (anteriormente) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó a contestar | | |
| 10. ¿Servicios del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo? | <input type="checkbox"/> Sí (actualmente) | <input type="checkbox"/> Sí (anteriormente) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó a contestar | | |
| Por favor, responda a las siguientes preguntas con respecto a la presentación de hoy: | | | | | |
| 11. ¿Qué tan satisfecho/a estuviste con las metas y objetivos presentados? | <input type="checkbox"/> Muy Satisfecho | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Neutral | <input type="checkbox"/> Insatisfecho | <input type="checkbox"/> Muy Insatisfecho |
| 12. ¿Qué tan claros fueron las metas y objetivos presentados? | <input type="checkbox"/> Muy Claro | <input type="checkbox"/> Algo Claro | <input type="checkbox"/> Neutral | <input type="checkbox"/> Poco Claro | <input type="checkbox"/> Muy Poco Claro |
| Por favor, comente a continuación: | | | | | |
| <i>¿Qué aprendió usted sobre el Plan de Área? ¿Qué más le gustaría aprender sobre el Proceso del Plan de Área? ¿Tiene alguna inquietud que no se haya abordado en la audiencia pública del Plan de Área?</i> | | | | | |
| | | | | | |
| Como podemos mejorar el Plan de Área? | | | | | |
| <i>(Metas y/o Objetivos; servicios proporcionados y/o necesarios en su Distrito, etc.)</i> | | | | | |
| | | | | | |
| Comentarios Adicionales? | | | | | |
| | | | | | |

Gracias por completar el formulario de comentarios!