

APPENDIX

Appendix 1

Survey Research (representative sample)

- A. Cape Cod Community Survey – 2008 (most recent)
- B. Methodology
- C. Survey Sample: Detailed Descriptions

Appendix 1.A

Survey Research Description:

Survey Research Description

TITLE OF SURVEY:

Cape Cod Community Survey (5-years of response data combined; CCCS-2004, -2005, -2006, -2007, and -2008)

SURVEY TITLE ABBREVIATION: CCCS**TITLE OF FINDINGS REPORT:**

Annual Report of Findings, Survey Research Findings and Latest U.S. Census Statistics, April 2005-2009. All five years' of reports are available on-line at:
http://www.bchumanservices.net/page.php?99,,127310p,bar2573,0,0,Index,ck_.html

UNIT OF SURVEY:

Household

SAMPLE SIZE (N):

4,085 (over the 5-year period. An average of 817 Cape Cod households sampled per year.

TARGET POPULATION:

All households in which permanent, year-round residents of Barnstable County, MA (a.k.a. Cape Cod) reside.

SAMPLING FRAME FOR RANDOM SAMPLE:

All persons, age 18 year and older (except police dept. employees) listed in Town Clerks' Residents Lists for the fifteen towns of Barnstable County, MA. Listings are based upon annual town Census responses. Duplicates at the same address were eliminated.

SAMPLING/SURVEY DISTRIBUTION METHOD(S):

Random Sample: Mail distribution to 1,250 persons age 18 and older (per year)
Convenience Sample: In-field distribution to 1,250 persons age 18 years and older (per year)

SURVEY QUESTIONNAIRE LANGUAGE(S):

English, Portuguese, and Spanish.

DATA COLLECTION DATE(S):

November 1 – December 31 (each year)

PURPOSE OF SURVEY:

To collect primary data relative to a broad range of Cape resident's health and human services needs—studying three fundamental research questions in depth and to collect socio-demographic data with which to profile respondent households. The goal was to gain knowledge about the needs of the Cape Cod community to be included in a comprehensive database. This database is intended to be used to guide strategies to design, develop, fund, and implement programs and services to alleviate human need and suffering here on Cape Cod.

BRIEF DESCRIPTION OF SURVEY:

Utilizing a community-based research model pioneered on Cape Cod with the Community Health Needs Assessment Project (a form of participatory or “action research”), combined with more traditional survey-by-mail methods, researchers helped identify the basic health and human services needs of the approximately 220,000 residents of the fifteen towns of Barnstable County, MA (a.k.a. Cape Cod) and provided information to decision-makers who plan health and other human services for the Cape Cod community. Emphasis was placed on surveying all segments of the permanent, year-round resident population of Barnstable County including those thought to be under-served by existing health and human services and underrepresented in the decision-making process surrounding the provision of health and human services—groups such as the homeless, and linguistic, cultural, ethnic, and racial minorities. Low-income persons, and the “working poor,” a group traditionally difficult to reach through standard survey techniques, were deliberately over-sampled using community-based, in-field survey distribution methods in an effort to obtain a fair and comprehensive representation of such traditionally “unreachable” population segments. Survey respondents were an excellent mix of both lower socio-economic status households, minority households (non-English speaking, ethnic, cultural, and racial), and “majority” households—middle-age or older, middle-to-upper income, White, English-speaking households.

Cape Cod Community Survey – 2008 (most recent questionnaire)

Over fifteen hundred Cape Cod Community Survey - 2008 questionnaire packets were distributed by mail to individuals all across Cape Cod during the first two weeks of November 2008. Survey recipients were selected at random from Residents Lists provided by Town Clerks of all fifteen Barnstable County towns. All adults age 18 years and older were equally eligible to participate in the survey.

Nearly eleven-hundred additional survey packets were hand distributed by community volunteers to individuals across Cape Cod during November/December 2008. Recipients of hand delivered surveys were designated by members of the Cape's human services provider community as individuals traditionally hard-to-reach with mail surveys.

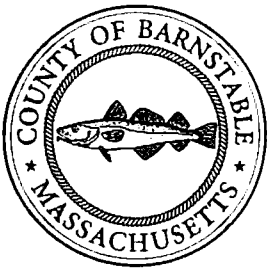
The Cape Cod Community Survey was designed to collect needs information concerning four major topics, as follows:

- Basic Needs (employment, health, housing, income security, transportation),
- Children/Family (children ages 0 - 17 years, parents/guardians),
- Quality of Life (disability, chronic illness, care giving, discrimination), and,
- Lifelong Learning (educational attainment, English language proficiency)

Recipients were selected at random to receive the survey questionnaire. They were asked to fill-out the questionnaire and to return it by mail or handed it directly to a community volunteer.

Cover Letters: Cape Cod Community Survey – 2008 (most recent questionnaire)

- Mail Survey Cover Letter Sample
- In-The-Field Survey Cover Letter Samples:
 - o English-language version
 - o Portuguese-language version
 - o Spanish-language version



BARNSTABLE COUNTY
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

POST OFFICE BOX 427
BARNSTABLE, MASSACHUSETTS 02630

Main Office (508) 375-6628

FAX (508) 362-0290

TDD (508) 362-5885

Elizabeth Albert, Director
balbert@barnstablecounty.org

"Monitoring The Human Condition"
Improving The Human Environment on Cape Cod

Dear Neighbor,

We need your help and advice. The Barnstable County Department of Human Services is conducting a study to help identify health and human service needs of Cape Codders. This annual survey called **Monitoring the Human Condition** asks question about affordable housing, healthcare, children and families, employment, disabilities, education and literacy, and public transit, as well as the overall quality of life in our fifteen communities. Results of this survey are published annually. Your participation will help inform public officials, health and human service planners and service providers about the Cape's present and future needs for human services.

Along with about one thousand others across Cape Cod, your name has been randomly selected from your town's official resident list to participate in this important study. You are one of only a very few Cape Codders chosen, thus your participation is especially critical to our research.

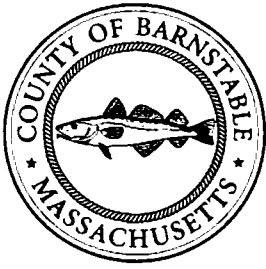
Please participate by filling-out the enclosed survey.

Your responses to the survey are completely **anonymous** (no one will be able to tell who filled out your survey) and all survey answers will be kept strictly **confidential**.

We ask for your support in this important effort by taking a few minutes to answer this brief survey. Please return your filled-out survey in the enclosed, postage paid envelope by **Friday, November 21, 2008**.

Thank you for your time. If you are a person with a disability and need the survey in an accessible format or in large print, please call my office at (508) 2375-6628.

Elizabeth Albert
Director of Human Services



**BARNSTABLE COUNTY
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES**

POST OFFICE BOX 427

BARNSTABLE, MASSACHUSETTS 02630

Main Office (508) 375-6628

FAX (508) 362-0290

TDD (508) 362-5885

Elizabeth Albert, Director
balbert@barnstablecounty.org

**"Monitoring The Human Condition"
Improving The Human Environment on Cape Cod**

Dear Neighbor,

We need your help and advice. The Barnstable County Department of Human Services is conducting a study to help identify health and human service needs of Cape Codders. This annual survey called **Monitoring the Human Condition** asks question about affordable housing, healthcare, children and families, employment, disabilities, education and literacy, and public transit, as well as the overall quality of life in our fifteen communities. Results of this survey are published annually. Your participation will help inform public officials, health and human service planners and service providers about the Cape's present and future needs for human services.

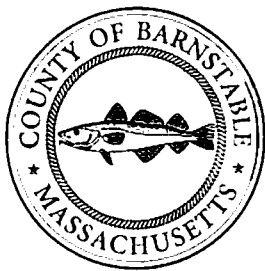
Folks from all across Cape Cod are being asked this week to participate in this study by answering a brief survey. **Please participate by filling-out the enclosed survey.**

Your responses to the survey are completely **anonymous** (no one will be able to tell who filled out your survey) and all survey answers will be kept strictly **confidential**.

We ask for your support in this important effort by taking a few minutes to answer this brief survey. **Please return your filled-out survey to one of our volunteers in the envelope provided.**

Thank you for your time. If you are a person with a disability and need the survey in an accessible format or in large print, please call my office at 508-2375-6628.

Elizabeth Albert
Director of Human Services



BARNSTABLE COUNTY
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

POST OFFICE BOX 427

BARNSTABLE, MASSACHUSETTS 02630

Main Office (508) 375-6628

FAX (508) 362-0290

TDD (508) 362-5885

Elizabeth Albert, Director
balbert@barnstablecounty.org

"A Condição Humana" Melhorando o Ambiente Humano no Cape Cod

Caro vizinho:

Nós precisamos da sua ajuda e conselhos.

O Conselho Consultivo de Saúde e Serviços Humanos do Município de BARNSTABLE está conduzindo um estudo para ajudar a identificar as necessidades de saúde e serviços humanos dos moradores do Cape. Esta pesquisa se preocupa com: moradia disponível, assistência de saúde, crianças e famílias, empregos, inaptidões, educação e alfabetização e trânsito público como também a qualidade global de vida em nossas quinze comunidades.

As respostas para esta breve pesquisa de perguntas ajudarão informar cidadãos, oficiais públicos, planejadores de saúde e serviços humanos e organizações de provedores de serviços sobre as necessidades presentes e futuras para serviços humanos no Cape Cod.

Os povoados em volta de todo Cape Cod estão sendo pedidos esta semana para participar neste estudo respondendo uma pesquisa breve. **Nós pedimos que vocês apóiem este estudo importante levando mais ou menos 10 minutos para responder as perguntas da pesquisa.**

Suas respostas para a pesquisa são completamente **anônimas** (ninguém poderá contar quem preencheu sua pesquisa) e todas as respostas da pesquisa serão mantidas estritamente **confidenciais**.

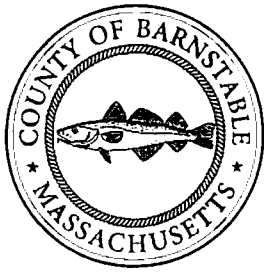
Por favor devolva sua pesquisa preenchida para um de nossos Voluntários no envelope fornecido.

Obrigado pelo seu tempo. Se voce é uma pessoa deficiente e precisa da pesquisa num format acessível ou impresso com letras maiores, por favor ligue para o meu escritório no 508-375-6628.

Obrigada,

O Conselho Consultivo de Saúde e Serviços Humanos do Município de BARNSTABLE

Elizabeth Albert, Diretora dos Serviços Humanos



BARNSTABLE COUNTY
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

POST OFFICE BOX 427
BARNSTABLE, MASSACHUSETTS 02630

Main Office (508) 375-6628

FAX (508) 362-0290

TDD (508) 362-5885

Elizabeth Albert, Director
balbert@barnstablecounty.org

Mejorando la Condición Humana y el Medio Ambiente de Cape Cod

Querido Vecino,

Nosotros necesitamos de su ayuda y consejo.

El Comité de la Oficina de Servicios Humanos en Barnstable, esta estudiando las diferentes maneras, de como identificar las necesidades de Servicios en la comunidad.

Este estudio contiene preguntas para ayudar a identificar las necesidades de servicios y condiciones de servicios sociales, como el costo de vivienda, servicios médicos, los niños, la familia y sus condiciones de vida, empleo, incapacidad, educación o falta de ésta, medios de transporte público, así como también, y sobre todo la cualidad de vida de nuestra comunidad en las quince colonias.

Los habitantes de toda la comunidad de Cape Cod, están siendo invitados para participar en contestar estas preguntas ésta semana. **Nosotros les estamos pidiendo que nos apoyen en contestar este importante estudio, tome unos minutos para contestar este cuestionario.**

Sus respuestas, a este estudio, son completamente **anónimos** (nadie conocerá, quién contestó este cuestionario), y todas las respuestas se mantendrán estrictamente de manera **confidencial**.

Por favor regrese este cuestionario contestado, para uno de nuestros voluntarios en el sobre adjunto.

Gracias por su tiempo. Si es usted una persona con una discapacidad y necesita la encuesta en un formato accesible o en letra grande, por favor llame a mi oficina al 508-2375-6628

Gracias.

Elizabeth Albert, Director de Servicios Humanos

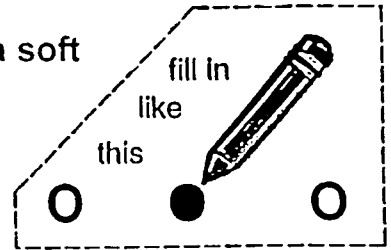
Survey Questionnaire: Cape Cod Community Survey - 2008

- Survey Instrument Samples:
 - o English-language version
 - o Portuguese-language version
 - o Spanish-language version

CAPE COD COMMUNITY SURVEY

INSTRUCTIONS:

Please answer every question by **FILLING IN THE CIRCLE** with a soft lead pencil. If you are unsure about how to answer a question, please give the best answer that you can.



ABOUT YOUR HOUSEHOLD: ["the people you live with"]

1. Where do you live? ZIP Code? _____ (write in)
2. How would you describe *your household*? (fill in only one)
 - One adult living alone
 - Single parent family
 - Single parent *with extended family* (grandparents, aunts, uncles, etc.)
 - Two adults with or without children living in the house
 - Two adults *with extended family* (grandparents, aunts, uncles, etc.) living in the house
 - Unrelated group of people (living in a group home, homeless shelter, jail, etc.)
 - Other (explain) _____
3. *Including yourself*, how many adults, live in your household? (fill in one per line)

Number ages 18-26 years	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 or more
Number ages 27-44 years	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 or more
Number ages 45-54 years	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 or more
Number ages 55-64 years	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 or more
Number age 65 or older	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 or more

EMPLOYMENT:

4. *Including yourself*, how many adults in your household are retired?
(fill in all that apply)
 None All 1 2 3 4 or more
5. *Including yourself*, how many adults (age 18+) in your household are employed?
(fill in all that apply)
 None All 1 2 3 4 or more
- 5.a Is *any adult* employed full-time, year-round? Yes No
- 5.b Is *any adult* gainfully self-employed? (at least 1/2 of his/her income) Yes No
- 5.c Is *any adult* employed by a small firm with 1-9 permanent employees?
 Yes No
6. Does *your household* require childcare services in order for an adult (age 18+) to be available for employment?
 Yes No



HEALTH AND HEALTHCARE:

7. How many **household members** are currently covered by health insurance (including coverage by MassHealth, Commonwealth plans, Medicare, or private health insurances): (complete **both lines as needed**)

Number of **Adults** covered by health insurance is: _____ (write in **number**)

Number of **Children** (age 17 and under) covered by health insurance is: _____ (write in **number**)
(including coverage by Children's Medical Security Plan-CMSP) No Children (fill in)

8. If you or members of your household have health insurance coverage, how is it obtained? (fill in all that apply)

- Insurance purchased directly from an insurance company (privately purchased)
- Medicare A B D
- MassHealth (Medicaid) or Commonwealth Care (low-income insurance)
- Commonwealth Choice (Blue Cross, Fallon, etc.)
- Through a retirement health insurance plan
- Through an employer's health insurance plan
- Through Children's Medical Security Plan or Healthy Start Program
- Veteran's Administration (VA)
- Other (explain) _____

- 8.a Do any of these insurances provide for dental care coverage?

Yes No

- 8.b Do any of these insurances pay for prescription drugs?

Yes, with Co-Payment Yes, with NO Co-Payment No

9. Including yourself, is any member of your household disabled or chronically ill?

Yes No

10. Is any adult (age 18+) in Fair-to-Poor health? 10.a Any "frail" elder in household?

Yes No Yes No

11. Is any child (age 17 or younger) in Fair-to-Poor health?

Yes No No Children in Household

12. Are you or any household member a **PRIMARY** caregiver for an aged, disabled, or chronically ill person? (including a parent, spouse, other relative, or friend/neighbor)

Yes No

13. Do you or any household member receive healthcare or other home aide services in your home?

Yes No

14. How many times during the past 12 months have you or any household member used a hospital emergency room? (fill in Only One)

None-did not use 1-2 times 3-5 times 6 or more times



HOUSING:

15. How would you describe *your housing* situation? (fill in **only one)**

- Own house or condo
- Rent a house, apartment, or room
- Living in a group house
- Living in a homeless shelter
- Living in a motel
- Living in Senior Housing or an Assisted Living Unit
- Living on-the-street
- Living temporarily with friends or relatives
- Other (explain) _____

16. Is *your housing* now in need of major repairs to make it truly habitable? (Is it sub-standard due to physical problems such as: heating, plumbing, lack of a kitchen sink, refrigerator, stove burners, etc?)

- Yes No

17. Have you or any member of your household been homeless for more than a day or two in the past 24-months?

- Yes No

18. How much does *your household* pay for housing each month? (either rent or mortgage payment) (fill in **only one)**

- Less than \$300
- \$300-\$399
- \$400-\$599
- \$600-\$799
- \$800-\$999
- \$1,000-\$1,249
- \$1,250-\$1,499
- \$1,500-\$1,999
- \$2,000-\$2,499
- \$2,500 or more

18.a If RENT, does payment include? Electricity Heat Other _____

TRANSPORTATION:

19. How often do *household members* have the use of a working automobile or similar vehicle when they need it for travel on Cape Cod: (fill in one circle on each line)

	<u>Never</u>	<u>Seldom</u>	<u>Often</u>	<u>Always</u>	<u>Does Not Apply</u>
To Work.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
To School or Job Training	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
To Healthcare/Social Services.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
To Shopping (for food/clothes).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19.a If not in *your household vehicle*, are these trips most often made on:

- Public Transit: B-Bus Flex-Route H₂O Bus Sealine Villager WHOOSH
- Private Transport: Council on Aging Van Friend/Volunteer Driver P&B Bus Taxi



HOUSEHOLD ISSUES:

Some of the following list of issues may have been **a problem for you or someone else in your household**. If a listed item **has been a problem** in your household **over the past 12-months**, please tell us if it has been a **minor** problem **or** a **major** problem.

(fill in **one circle on each line**)

<u>Type of Problem</u>	<u>NOT a Problem</u>	<u>Minor Problem</u>	<u>Major Problem</u>	<u>Don't Know</u>
Adult substance abuse (alcohol, drugs, etc.)	○	○	○	○
A lot of depression in the household.....	○	○	○	○
Discrimination (due to HIV, AIDS, TB, etc.).....	○	○	○	○
Discrimination (due to race, age, language, sexual identity/orientation, etc.).....	○	○	○	○
Discrimination toward mentally ill person(s).....	○	○	○	○
Experiencing an alcohol and/or drug problem	○	○	○	○
Experiencing physical conflict in the household.....	○	○	○	○
Having a lot of anxiety or stress in household.....	○	○	○	○
Immigration status or visa dispute.....	○	○	○	○
Inadequate opportunities to learn new skills or for advancement at work.....	○	○	○	○
Not able to afford nutritious food.....	○	○	○	○
Not able to find appropriate senior (65+) housing.....	○	○	○	○
Not always having enough money for food.....	○	○	○	○
Not being able to afford legal help.....	○	○	○	○
Not being able to afford recreational activities	○	○	○	○
Not enough room in your house for all the people who live there.....	○	○	○	○
Not having enough money to pay for housing.....	○	○	○	○
Not having enough money to pay the doctor, the dentist, or to buy prescription medications.....	○	○	○	○
Paying for a mental health counselor	○	○	○	○
Paying for or getting dental care.....	○	○	○	○
Seriously overweight person(s) in household	○	○	○	○
Other (explain)_____	○	○	○	○

If **NO CHILDREN Live With You** - **SKIP THESE QUESTIONS** - - - - Go On To **NEXT Page** - - - - >

Children or teenagers experiencing behavioral or emotional problems	○	○	○	○
Not being able to afford after-school child care.....	○	○	○	○
Not being able to find appropriate after-school care...	○	○	○	○
Not being able to afford child day care.....	○	○	○	○
Not being able to find appropriate child day care.....	○	○	○	○
Underage drinking.....	○	○	○	○
Underage smoking or other tobacco use.....	○	○	○	○



SERVICE BARRIERS:

We are interested in learning about difficulties people have when they try to find help for their problems. If ***you or someone in your household*** has had difficulty when looking for help with any of the above problems ***in the past 12 months***, please tell us ***how serious*** that difficulty was.

(fill in **one circle** on each line)

<u>Type of Difficulty</u>	<u>Not Serious</u>	<u>Moderately Serious</u>	<u>Very Serious</u>	<u>So Serious Did NOT Get Help</u>
Cost of taking time away from work.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Could not afford fees or costs for services.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feelings of discrimination.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hours of service were not convenient.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insurance not accepted for services.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lacked handicap access.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lacked information on available services.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lack of information on where to go for services.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lack of transportation.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paying insurance deductible/co-payment.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services not in appropriate place or part of town ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services located too far away.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services not accepting new patients/clients.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unable to take time away from work to go to services.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other (explain)_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDUCATION and TRAINING:

20. Including yourself, how many adults (age 18+) in your household have reached the following educational levels: (write in number of adults)

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| Still attending high school_____ | Some college_____ |
| Left high school without diploma_____ | 2-year college degree_____ |
| High school diploma _____ | 4-year college degree_____ |
| GED_____ | Graduate-level degree_____ |

21. If adult(s) living in your household are NOT working, are they: (fill in all that apply)

- Does Not Apply
- In Job Training
- In School or College
- Retired
- Other (explain)_____
- Unable to work (disabled, on medical leave, etc.)
- Unemployed, looking for work
- Unemployed, NOT looking for work



COST OF LIVING: YOUR HOUSEHOLD “MARKET BASKET”

Please tell us if *paying for these everyday items* has been a problem in your household... in the past 12 months. How much of a PROBLEM has it been to pay for each of these items?

<u>Paying For.</u>	<u>Not a Problem</u>	<u>Minor Problem</u>	<u>Major Problem</u>	<u>Extreme Problem</u>
Grocery Store Items:				
• Meat, fish, milk, eggs, fruit/vegetables.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Cereal, juice, canned goods.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Cleaning supplies, shampoo, etc.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clothing Store Items:				
• Work clothes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Schools clothes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Casual clothes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Dress clothes or shoes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Housing:				
• Rent or lease payments.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• House or condo payments.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Homeowner’s or renter’s insurance.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuels & Utilities:				
• Fuel oil.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Natural gas or bottled gas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Electric.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Telephone.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medical & Dental Care:				
• Medical/health care.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Medical/health insurance.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Dental insurance.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taxes:				
• Real estate taxes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Town beach/transfer station sticker fees.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Car or truck excise taxes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schools & Job Training:				
• School costs (school bus fees, sports).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• College costs, room/board, books.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Job training classes (career help).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Having Fun:				
• IN-HOME: TV, cable, games, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• OUT-OF-HOME: movies, restaurant, sports....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Car, Bus, Van, or Taxi:				
• Transit fares (B-Bus, Villager, taxi, etc.).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Repairs to car or truck (parts, labor).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Gas for car or truck.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Car or truck insurance.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



HOUSEHOLD SITUATIONS: TELL US ABOUT ANY HELP YOU ASKED FOR

Please tell us about **obtaining satisfactory assistance for some everyday needs** in your household...in the past 12 months. **How satisfied were you with** any **help** that you received?

<u>Type of Need</u>	<u>Not Needed</u>	<u>Did Not Seek Help</u>	<u>Sought Help</u>	** WHAT RESULTS? **		
				<u>Need Was Met</u>	<u>Helped Some</u>	<u>NO Help At All...</u>
Job & Career Planning:						
• Need: Job counseling.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: Job training.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: Help finding a job.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: Job advancement classes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bus, Van, or Taxi:						
• Need: Ride on Villager bus.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: Ride on B-bus.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: Ride on Flex-Route bus.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: Ride on Sealine bus.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: Ride in Senior Center van.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: Ride in a taxi.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: Ride on P & B bus.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Child Care:						
• Need: After-school child care.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: Child day care.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Help From Food Pantry:						
• Need: More food.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: More nutritious food.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mental Health Care:						
• Need: Care for a child (ages 0-17).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: Care for adult (ages 18-64).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: Care for a Senior (age 65+):						
• With Alzheimer's Disease.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Without Alzheimer's.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legal Help:						
• Need: To understand my rights.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: To understand the Courts.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Need: A lawyer for a Court case:						
• for a criminal case.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• for a civil case.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other (explain) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If Did Not Seek Help, Why Not? _____ (OK to continue on Page 10)



MORE ABOUT YOUR HOUSEHOLD:

22. How many *children* (age 17 or younger) live in your household?

- None 1 2 3 4 5 6 7 or more

23. Is *anyone in your household* age 75 or older? Yes No **Any 85+?** Yes No

24. What is the primary race, national origin, and ethnicity of *you and members of your household*? (fill in all that apply)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> American Indian or Alaska Native | <input type="radio"/> Brazilian | <input type="radio"/> Other (explain) _____ |
| <input type="radio"/> Asian | <input type="radio"/> Cape Verdean | _____ |
| <input type="radio"/> Black or African American | <input type="radio"/> Haitian | _____ |
| <input type="radio"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander | <input type="radio"/> Hispanic or Latino | _____ |
| <input type="radio"/> White/Caucasian | <input type="radio"/> Portuguese | _____ |
| | <input type="radio"/> Wampanoag | |

25. If the primary language spoken in your household is not English, does *any adult* (age 18+) there read, understand, and speak English?

- Yes No Does Not Apply

26. How many *persons in your household* receive **PUBLIC** financial assistance such as; Temporary Aid To Families With Dependent Children (TAFDC), Food Stamps, fuel assistance, Supplemental Security Income (SSI), SSDI, or housing vouchers?

(fill in one)

- None 1 2 3 4 5 6 7+

27. Have *you or anyone in your household* received any of the following **PRIVATE** assistance or cash grants in the past 12 months? (If YES, fill in all that apply)

- Yes, for: Food/Clothes Housing (rent, repairs, etc.) Heating Utilities
 No Other (explain) _____

28. Counting income from **all** sources (including earnings from jobs, pensions, unemployment compensation, public financial assistance, interest, etc.) and counting income from *everyone in your household*, what was the **combined** household income last year?

(fill in only one)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Less than \$10,000 | <input type="radio"/> \$50,000 - \$59,999 |
| <input type="radio"/> \$10,000 – \$14,999 | <input type="radio"/> \$60,000 - \$99,999 |
| <input type="radio"/> \$15,000 - \$29,999 | <input type="radio"/> \$100,000 - \$149,999 |
| <input type="radio"/> \$30,000 - \$49,999 | <input type="radio"/> \$150,000 or above |

THANKS FOR ANSWERING THIS IMPORTANT CAPE COD COMMUNITY SURVEY

=====

INSTRUCTIONS:

Please fold your survey, place it in the postage paid, self-addressed envelope provided, and **DROP IN ANY MAILBOX OR** if survey not received by mail, return questionnaire to Survey Volunteer.



YOUR COMMENTS, IDEAS, AND SUGGESTIONS: (OPTIONAL, OF COURSE)

A. What do you especially like about Cape Cod?

B. What do you especially like about the PEOPLE of Cape Cod?

C. What do you dislike most about Cape Cod?

D. Please write in *your* ideas or suggestions for making Cape Cod a better place to live?
(Use as much space as you like. Use the back of this sheet if needed.)



ADDITIONAL COMMENTS? (include another sheet if necessary)

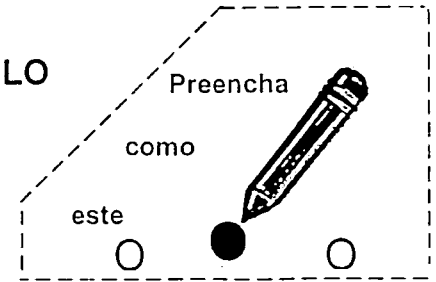
REASONS FOR NOT SEEKING HELP (continuation from Page 7)



PESQUISA DA COMUNIDADE DO CAPE COD

INSTRUÇÕES:

Por favor, responda cada pergunta **PREENCHENDO O CÍRCULO** com um lápis de grafite macio. Se você ficar inseguro sobre como responder a pergunta, por favor dê a melhor resposta que você puder.



SOBRE SUA CASA: ["as pessoas com quem você vive"]

1. Onde você mora? Cep? _____ (escreva dentro)
2. Como você descreveria os *membros de sua casa*? (preencha só um)
 - Um adulto vivendo só
 - Uma família simples
 - Uma família simples *com parentes* (avós, tios, primos, etc.)
 - Dois adultos com ou sem crianças vivendo na casa
 - Dois adultos *com parentes* (avós, tios, primos, etc.) vivendo na casa
 - Grupo de pessoas sem parentesco (vivendo em grupo numa casa, abrigo, prisão, etc.)
 - Outro (explique) _____
3. **Incluindo você, quantos adultos moram em sua casa?** (preencha um por linha)

Quantos de 18-26 anos.....	<input type="radio"/> Nenhum	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 ou mais
Quantos de 27-44 anos.....	<input type="radio"/> Nenhum	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 ou mais
Quantos de 45-54 anos	<input type="radio"/> Nenhum	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 ou mais
Quantos de 55-64 anos	<input type="radio"/> Nenhum	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 ou mais
Quantos de 65 ou mais velho.....	<input type="radio"/> Nenhum	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 ou mais

EMPREGO:

4. **Incluindo você, quantos adultos estão aposentados em sua casa?** (preencha todos que se aplicam)
 - Nenhum
 - Todos
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4 ou mais
5. **Incluindo você, quantos adultos (acima de 18 anos) estão empregados em sua casa?** (preencha todos que se apliquem)
 - Nenhum
 - Todos
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4 ou mais
- 5.a **Algum adulto está empregado tempo integral, durante o ano todo?**
 - Sim
 - Não
- 5.b **Algum adulto é inteiramente seu próprio patrão?** (pelo menos ½ de seu/sua renda)
 - Sim
 - Não
- 5.c **Algum adulto está empregado por uma firma pequena com 1-9 empregados permanentes?**
 - Sim
 - Não
6. **A sua família exige serviços de creche para que um adulto (acima de 18 anos) possa estar disponível para trabalhar?** Sim Não

A SAÚDE E ASSISTÊNCIA DE SAÚDE:

7. **Quantos *membros de sua casa* estão atualmente cobertos por seguro de saúde:**
(inclusive cobertura por MassHealth, Medicare, ou seguros de saúde privada):
(complete ambas as linhas se necessário)

Número de **adultos** cobertos por seguro de saúde é: _____ (escreva em números)

Número de **crianças** (abaixo de 17 anos) cobertos por seguro de saúde é: _____
(escreva em números) (inclua cobertura pelo Plano de Seguro Médico das Crianças-CMSP)

Nenhuma Criança (preencha)

8. **Se você ou os membros de sua casa têm cobertura de seguro de saúde, como ele foi obtido?** (preencha todos que se aplicam)

- Seguro comprado diretamente de uma companhia de seguro (particular)
 Medicare A B D
 MassHealth (Medicaid) or Commonwealth Care (seguro de baixa renda)
 Commonwealth Choice (Blue Cross, Fallon, etc.)
 Por plano de seguro de saúde de aposentadoria
 Por plano de seguro de saúde do empregador
 Por Plano de Seguro Médico das Crianças ou Programa "Health Start"
 Administração dos Veteranos (VA)
 Outro (explique) _____

8.a **Alguns destes seguros fornecem cobertura de cuidados dentários?**

Sim Não

8.b **Alguns destes seguros pagam por medicamentos de receita?**

Sim, com co-Pagamento Sim, sem co-Pagamento Não

9. **Incluindo você, algum membro de sua casa está inválido ou cronicamente doente?**

Sim Não

10. **Algum adulto (maior de 18 anos) está com a saúde precária para ruim?**

Sim Não

- 10.a **Alguma pessoa idosa frágil na casa?**

Sim Não

11. **Alguma criança (abaixo de 17 anos) está com a saúde precária para ruim?**

Sim Não Nenhuma Criança em casa

12. **Você ou qualquer membro de sua casa cuida da saúde de um velho, inválido/a, ou pessoa cronicamente doente?** (inclusive pais, cônjuge, outro parente, ou vizinho/amigo)

Sim Não

13. **Você ou qualquer membro de sua casa recebe cuidados de saúde ou outros serviços de ajuda em sua casa?**

Sim Não

14. **Quantas vezes, durante os últimos 12 meses, você ou qualquer membro de sua casa usou um quarto de emergência do hospital?** (preencha SÓ UM)

Nenhum-não usou 1-2 vezes 3-5 vezes 6 ou mais vezes

MORADIA:

15. Como você descreveria sua situação de moradia? (preencha só um)

- Possui casa própria ou condomínio
- Aluga uma casa, apartamento ou quarto
- Vivendo em uma casa com um grupo
- Vivendo em um abrigo
- Vivendo em um motel
- Vivendo em moradia para idosos ou numa “Unidade de Ajuda Assistida” de um Asilo
- Vivendo na rua
- Vivendo temporariamente com amigos ou parentes
- Outro (explique) _____

16. Sua moradia agora está precisando de consertos importantes para torná-la verdadeiramente habitável? (Ela é sub-padrão devido a problemas físicos como: aquecimento, encaçamento, falta de uma pia da cozinha, geladeira, trempes de fogão, etc?)

- Sim Não

17. Você ou qualquer membro de sua casa ficou sem moradia por mais que um dia ou dois nos últimos 24 meses?

- Sim Não

18. Quanto sua família paga por moradia todo mês? (tanto aluguel como pagamento de hipoteca) (preencha só um)

- Menos que \$300 \$1,000 a \$1,249
- \$300 a \$399 \$1,250 a \$1,499
- \$400 a \$599 \$1,500 a \$1,999
- \$600 a \$799 \$2,000 a \$2,499
- \$800 a \$999 \$2,500 ou mais

18.a Se ALUGADO, o pagamento inclui? Eletricidade Aquecimento Outro _____

TRANSPORTE:

19. Com que frequência os membros de sua casa usam de um automóvel ou veículo semelhante quando eles precisam dele para viajar no Cape Cod:

(preencha um círculo em cada linha)

	NUNCA	RARAMENTE	FREQUENTEMENTE	SEMPRE	NÃO SE APLICA
Para Trabalhar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para a Escola ou Treinamento de Trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para Serviços de Saúde/Social).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para Compras (comida/roupa).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19.a Se não são feitas em um veículo doméstico, então estas viagens são mais freqüentemente feitas em:

Transporte Público: B-Ônibus Flex-Route H₂O Bus Sealine Villager WHOOSH

Transporte Privado: Van do Conselho do idoso Ônibus de P&B Táxi Voluntário/Amigo motorista

ASSUNTOS DOMÉSTICOS:

Alguns dos assuntos da lista seguinte podem ter sido **um problema para você ou outra pessoa em sua casa**. Se um item listado **foi um problema** em sua casa **durante os últimos 12 meses**, por favor diganos se foi um **problema secundário** ou um **problema importante**. (preencha **só um círculo em cada linha**)

	<u>NÃO é um</u> <u>Tipo de Problema</u>	<u>Problema</u> <u>Secundário</u>	<u>Problema</u> <u>Importante</u>	<u>Não</u> <u>Sabe</u>
Abuso de substância por adulto (álcool, drogas, etc.)	○	○	○	○
Muita depressão em casa.....	○	○	○	○
Discriminação (devido a HIV, AIDS, TB, etc.).....	○	○	○	○
Discriminação (devido a raça, idade, idioma, orientação sexual, etc.)..	○	○	○	○
Discriminação em direção a pessoa(s) mentalmente doente(s)	○	○	○	○
Sofrendo problemas com álcool e/ou droga.....	○	○	○	○
Sofrendo conflitos físicos em casa.....	○	○	○	○
Tendo muita ansiedade ou tensão em casa.....	○	○	○	○
Disputa de condição de imigração ou de visto.....	○	○	○	○
Oportunidades insuficientes para aprender novas habilidades ou para avanço no trabalho.....	○	○	○	○
Incapaz de dispor de comida nutritiva.....	○	○	○	○
Incapaz de encontrar moradia apropriada para idosos (maiores de 65 anos)	○	○	○	○
Nem sempre tendo dinheiro suficiente para comida.....	○	○	○	○
Não sendo capaz de dispor de ajuda legal.....	○	○	○	○
Não sendo capaz de dispor de atividades recreativas.....	○	○	○	○
Não tendo quarto suficiente em sua casa para todas as pessoas que vivem lá.....	○	○	○	○
Não tendo dinheiro suficiente para pagar uma moradia.....	○	○	○	○
Não tendo dinheiro suficiente para pagar um médico, um dentista ou comprar medicamentos de receita.....	○	○	○	○
Pagando por um terapeuta de saúde mental	○	○	○	○
Pagando por ou conseguindo cuidado dentário.....	○	○	○	○
Pessoa(s) seriamente obesa(s) em sua casa	○	○	○	○
Outro (explique).....	○	○	○	○

Se NENHUMA CRIANÇA vive com você - OMITA ESTA PERGUNTA - - - e continue NA PRÓXIMA - - - - - >

Crianças ou adolescentes sofrendo de problemas de comportamento ou sentimentais.....	○	○	○	○
Não sendo capaz de sustentar o cuidado da criança depois da escola.....	○	○	○	○
Não sendo capaz de encontrar cuidados para a criança depois da escola.....	○	○	○	○
Não ser capaz de sustentar um day care para criança	○	○	○	○
Não ser capaz de encontrar um day care apropriado para criança	○	○	○	○

- Menor de idade bebendo.....
- Menor de idade fumando ou fazendo uso de outro tipo de tabaco

BARREIRAS EM CONTRATAR SERVIÇOS:

Nós estamos interessados em saber sobre as dificuldades que as pessoas têm quando elas tentam encontrar ajuda para seus problemas. Se **você ou alguém em sua casa** teve dificuldade quando estava procurando por ajuda sobre qualquer dos problemas abaixo, **nos últimos 12 meses**, por favor nos diga **o quanto séria** foi aquela dificuldade. (preencha **só um círculo em cada linha**)

<u>Tipos de Dificuldades</u>	Não é <u>Séria</u>	Moderadamente <u>Séria</u>	Muito <u>Séria</u>	Tão séria que <u>não procurou ajuda</u>
O custo de ficar fora longe do trabalho.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não pôde pagar por honorários ou custos de serviços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentimentos de discriminação.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As horas de serviço não eram convenientes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguro não foi aceito para pagar pelos serviços.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faltou acesso para deficientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faltou informações sobre serviços disponíveis.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A falta de informações sobre onde ir para serviços.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de transporte.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagando deduções/co-pagamento de seguro.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serviços sem local apropriados ou parte da cidade.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serviços localizados muito longe.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os serviços não aceitando novos pacientes/clientes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incapaz de tirar tempo longe do trabalho para ir aos serviços.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro (explique)_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

=====

EDUCAÇÃO E TREINAMENTO:

20. Incluindo você, quantos adultos (maiores de 18 anos) em sua casa alcançou os níveis educacionais seguintes: (escreva em número de adultos)

- | | |
|---|------------------------------------|
| Ainda está freqüentando o segundo grau_____ | Um pouco de universidade_____ |
| Segundo grau abandonado sem diploma_____ | Curso Técnico de 2 anos_____ |
| Diploma do segundo grau _____ | Nível universitário de 4 anos_____ |
| Supletivo_____ | Nível diplomado_____ |

21. Se o(s) adulto(s) vivendo em sua casa não estão trabalhando, eles estão:

(preencha **tudo que se aplica**)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Não se aplica | <input type="radio"/> Incapaz de trabalhar (inválido, em licença médica, etc.) |
| <input type="radio"/> Treinando no trabalho | <input type="radio"/> Desempregado, procurando por trabalho |
| <input type="radio"/> Na escola ou universidade | <input type="radio"/> Desempregado, NÃO está procurando por trabalho |
| <input type="radio"/> Se aposentou | |
| <input type="radio"/> Outro (explique)_____ | |

CUSTO DE VIDA: SUA “CESTA BÁSICA” FAMILIAR

Por favor diga-nos se **pagando por todos estes itens diários** tem sido um problema na sua família nos últimos 12 meses. **Qual tem sido o problema** para pagar por cada um destes itens?

<u>Pagando por.</u>	<u>Nenhum Problema</u>	<u>Pequeno Problema</u>	<u>Grande Problema</u>	<u>Problema Extremo</u>
Ítems de uma loja de mantimentos:				
• Carne, peixe, leite, ovos, frutas/vegetais.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Cereal, suco, enlatados.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Materiais de limpeza, xampu, etc.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ítems de uma loja de roupas:				
• Roupas de trabalho.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Roupas de escola.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Roupas do dia a dia.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Roupas de sair e sapatos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moradia:				
• Pagamento de arrendamento ou aluguel.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Pagamento de casa ou condomínio.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Seguro de casa própria ou aluguel.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Combustível e Serviço Público:				
• Óleo combustível.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Gás natural ou gás de bujão.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Eletricidade.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Telefone.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados dentários e médicos:				
• Cuidado médico/saúde.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Seguro médico/saúde.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Seguro dentário.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taxas:				
• Taxa imobiliária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Taxa da cidade para adesivo de praia/depósito de lixo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Taxa de impôsto do carro ou caminhão.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolas e treinamento no trabalho:				
• Custos de escola (taxa de ônibus escolar, esportes).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Custos universitários, quarto/pensão, livros....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Classes de treinamento no trabalho (ajuda na carreira profissional).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Divertimento:				
• EM CASA: TV, cabo, jogos, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• FOR A DE CASA: filmes, restaurante, esportes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Carro, Ônibus, Van, ou Taxi:

- Custos de trânsito (B-Bus, Villager, taxi, etc.)
- Reparos no carro ou caminhão (partes, mão de obra).....
- Gasolina para carro ou caminhão.....
- Seguro para carro ou caminhão.....

SITUAÇÕES FAMILIARES: DIGA-NOS SOBRE QUALQUER AJUDA QUE VOCE PEDIU

Por favor diga-nos sobre **obtendo assistência satisfatória para algumas necessidades diárias** em sua família nos últimos 12 meses. **Quanto satisfeito voce ficou com** alguma **ajuda** que voce recebeu?

<u>Tipo de necessidade</u>	<u>Não precisou</u>	<u>Não procurou ajuda</u>	<u>Procurou ajuda</u>	** QUAL FOI O RESULTADO**		
				<u>Necessidade foi alcançada</u>	<u>Ajudou alguma coisa</u>	<u>Nenhuma ajuda</u>
Planejamento da Carreira e Trabalho:						
• Precisar: Aconselhamento no trabalho....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Precisar: Treinamento no trabalho.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Precisar: Ajuda para encontrar trabalho..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Precisar: Aulas para avançamento no trabalho.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onibus , Van, ou Taxi:						
• Precisar: Viajar no ônibus rota Villager....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Precisar: Viajar no B-bus.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Precisar: Viajar no ônibus rota Flex.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Precisar: Viajar no ônibus rota Sealine....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Precisar: Viajar na Van do Senior Center	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Precisar: Viajar de taxi.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Precisar: Viajar no ônibus do P & B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidar de crianças:						
• Precisar: Cuidar de criança depois da escola.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Precisar: Day care para criança.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajuda de Comida Na Dispensa:						
• Precisar: Mais comida.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Precisar: Mais nutrição na comida.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidado da Saude Mental:						
• Precisar: Cuidados p/ uma criança (idades 0-17).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Precisar: Cuidados p/ um adulto (idades 18-64).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Precisar: Cuidados p/ um idoso (idade 65+):						
• Com doença Alzheimer's	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Sem Alzheimer's.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ajuda Jurídica:

- Precisar: Entender meus direitos..... |
 - Precisar: Entender de Tribunal..... |
 - Precisar: Um advogado para um caso:
 - Para um caso criminal..... |
 - Para um caso civil..... |
- Outro** (explique) _____ |

Se Não Procurou Ajuda, Porque Não? _____ (Continue na página 10)

MAIS SOBRE SUA CASA:

22. Quantas *crianças* (abaixo de 17 anos) moram em sua casa?

- Nenhum 1 2 3 4 5 6 7 ou mais

23. Alguém em sua moradia está acima de 75 anos ou *mais velha*? Sim Não

Alguém 85+?
 Sim Não

24. Qual é a sua raça primária, origem nacional, e grupo étnico e dos membros de sua casa? (preencha tudo que se aplica)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> índio americano ou
nativo do Alasca | <input type="radio"/> brasileiro | <input type="radio"/> Outro (explique) _____ |
| <input type="radio"/> asiático | <input type="radio"/> cabo-verdiano | _____ |
| <input type="radio"/> americano negro ou africano | <input type="radio"/> haitiano | _____ |
| <input type="radio"/> nativo havaiano ou outra
ilha do pacífico | <input type="radio"/> hispânico ou latino | _____ |
| <input type="radio"/> branco/caucasiano | <input type="radio"/> português | _____ |
| | <input type="radio"/> Wampanoag | |

25. Se o idioma primário falado em sua casa não é o inglês, *ALGUM* adulto lá (maior de 18 anos) lê, entende, e fale inglês?

- Sim Não Não se aplica

26. Quantas *pessoas em sua casa* recebem ajuda financeira **PÚBLICA tais como: Ajuda Temporária Para Famílias Com Crianças Dependentes (TAFDC), Selos de Comida (Food Stamps), ajuda com combustível, Renda de Segurança Suplementar (SSI), SSDI, ou vales de moradia?** (preencha um)

- Nenhum 1 2 3 4 5 6 mais de 7

27. Você ou qualquer um em sua casa recebeu qualquer ajuda **PARTICULAR seguinte ou subvenções em dinheiro nos últimos 12 meses?** (Se responder SIM, preencha tudo que se aplica)

- Sim, Para:** Alimentação/vestuário Moradia (aluguel, consertos, etc.)
 Aquecimento Utilidades domésticas
- O Não** Outro (explique) _____

28. Contando a renda de todas as fontes (inclusive ganhos de trabalhos, pensões, compensação de desemprego, ajuda financeira pública, juros bancários, etc.) e contando a renda de *todo mundo em sua casa*, qual foi a *renda doméstica combinada* no ano passado? (preencha só um)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Menos que \$10,000 | <input type="radio"/> \$50,000 a \$59,999 |
| <input type="radio"/> \$10,000 a \$14,999 | <input type="radio"/> \$60,000 a \$99,999 |
| <input type="radio"/> \$15,000 a \$29,999 | <input type="radio"/> \$100,000 a \$149,999 |
| <input type="radio"/> \$30,000 a \$49,999 | <input type="radio"/> \$150,000 ou acima |

OBRIGADO POR RESPONDER ESTA IMPORTANTE PESQUISA DA COMUNIDADE DO CAPE COD

=====

INSTRUÇÕES:

Por favor coloque o questionário no envelope fornecido, SELA o envelope e retorne-o para o voluntário da pesquisa.

Seus Comentários, Idéias e Sugestões: (Opcionais, claro)

A. O que você gosta especialmente sobre o Cape Cod?

B. O que você gosta especialmente sobre as PESSOAS do Cape Cod?

C. O que você menos gosta sobre o Cape Cod?

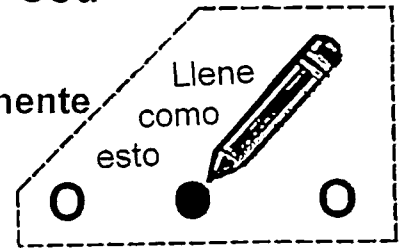
D. Por favor, escreva *suas* idéias ou sugestões para fazer do Cape Cod um lugar melhor para se viver? (Use o tanto de espaço à medida que você precisar. Use as costas desta folha, se necessário.)

Comentários adicionais:

Cuestionario para la Comunidad de Cape Cod

INSTRUCCIONES:

Por favor conteste cada pregunta, rellinando el círculo ligeramente con un lápiz. Si estuviera inseguro acerca de cómo contestar una pregunta, por favor de la mejor contestación que pueda.



ACERCA DE SU FAMILIA: [acerca de todas las personas con las que vive en su casa.]

1. Donde vive? Zona Postal? _____ (por favor escriba el número)
2. Como puede describir de cuantos se compone su familia con los que vive? (llene sólo una)
 - Un adulto viviendo solo
 - Padre o Madre soltera con una familia
 - Padre o Madre soltera viviendo con familiares inmediatos
 - Dos adultos con niños (as) o sin niños viviendo en la misma casa.
 - Dos adultos *con familiares inmediatos* viviendo en la misma casa.
 - Un grupo de personas sin ninguna relación familiar (viviendo en grupo en una casa, vivienda, casa de huéspedes, cárcel).
 - Otra (explique) _____
3. Incluyéndose usted mismo, cuantos adultos viven en su casa? (llene una por línea)

Numero edades 18-26 años....	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 o mas
Numero edades 27-44 años...	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 o mas
Numero edades 45-54 años....	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 o mas
Numero edades 55-64 años....	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 o mas
Numero edad 65 or viejo.....	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 o mas

EMPLEO

4. *Incluyéndose usted mismo*, cuantos adultos viven en su casa que están Jubilados? (llene todas las que se aplican)
 - ninguno
 - todos
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4 o mas
5. Incluyéndose usted mismo, cuántos adultos (edad 18+) que viven en su casa están empleados?
 - ninguno
 - todos
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4 o mas
- 5 a. *Algún adulto* esta empleado todo el año? Si No
- 5 b. *Algún adulto adinerado (rico) con propio negocio* (por lo menos ½ de su salario).
 - Si
 - No
- 5 c. Algún adulto esta empleado por una *pequeña* compañía con 1-9 empleados permanentes? Si No
6. Algún miembro adulto (edad 18+) de su familia requiere los servicios de guardería para poder estar disponible para trabajar? Si No

SALUD Y CUIDADO DE SALUD:

- 7. Cuántos miembros de su familia están actualmente cubiertos por un Seguro Médico**
(incluyendo cobertura bajo Masshealth, Medicare, Seguro Médico Privado.) (complete las dos líneas si necesita)
Numero de **Adultos** cubiertos por un Seguro Médico son: ____ (escriba el número).
Numero de **Niños(as)** (menores de 17 años) cubiertos por un Seguro Médico ____ (escriba el número)
(incluyendo cobertura por Children's Medical Security Plan-CMSP) No hay niños (as)
- 8. Si usted o miembros de su familia están cubiertos por un Seguro Médico, como lo ha obtenido?** (llene todas las que necesite)
- Seguro Médico comprado directamente de una compañía de Seguro Médico (compra privada)
 - Medicare Part A Part B Part D
 - MassHealth (Medicaid) or Atención del Commonwealth (seguro de bajos ingresos)
 - Alternativa del Commonwealth (Blue Cross, Fallon, etc.)
 - A través de un Seguro Médico en un Plan de Jubilación
 - A través de su empleador (lugar de trabajo), le ofrecen Seguro Médico
 - A través de Children's Medical Security Plan o el Programa Healthy Start
 - A través de la Administración de Veteranos (VA)
 - Otra (explique) _____
-
- 8.a. Alguno de estos Seguros Médicos le proporciona cobertura de cuidado Dental?**
 Si No
- 8.b. Alguno de estos Seguros Médicos paga por Recetas Médicas?**
 Si, con pago Deductible Si, SIN pago Deductible No cubre recetas médicas
- 9. Incluyéndose usted mismo, hay algún miembro de su familia, discapacitado o crónicamente enfermo?**
 Si No
- 10. Hay algún adulto (edad 18 +) moderadamente enfermo o poco saludable?** Si No
- 10.a. Alguien anciano frágil en casa?** Si No
- 11. Algún niño(a) menor (de 17 años) se encuentra con alguna enfermedad o poco saludable?**
 Si No No hay niños en la familia
- 12. Usted o algún miembro familiar es la principal persona en cuidar a un adulto discapacitado o una persona crónicamente enferma?** (incluya padres, esposo(a), u otro familiar, amigo o vecino)
 Si No
- 13. Usted o algún miembro familiar esta recibiendo Seguro Médico u otros servicios de cuidados de salud en su casa?**
 Si No
- 14. Cuántas veces durante los pasados 12 meses, usted o algún miembro familiar, uso el servicio de emergencia en el Hospital?** (llene sólo una)
 ninguna/no uso 1-2 veces 3-5 veces 6 o más veces

CASA HABITACIONAL:

15. Cómo puede describir su situación de vivienda? (llene sólo una)

- Casa propia o Condominio
- Renta de Casa, Apartamento o Cuarto
- Viviendo en una casa en grupo
- Viviendo en un lugar de refugio para personas sin casa/habitación
- Viviendo en un Hotel
- Viviendo en un Asilo o en una Unidad con Asistencia para Ancianos
- Viviendo en la Calle
- Viviendo temporalmente con amigos o familiares
- Otra (explique) _____

16. Actualmente su casa se encuentra en necesidad de mayores reparaciones para hacer ésta verdaderamente habitable? (ésta no está cubriendo las condiciones principales, necesitando de reparar algún problema físico como: calefacción, plomería, falta de un fregadero en la cocina, refrigerador, estufa, etc.)

- Sí No

17. Usted o algún miembro de su familia, ha estado sin lugar dónde vivir, por más de un día o dos en los pasados 24 meses?

- Sí No

18. Su familia cuánto paga de renta cada mes? (de cualquier modo en renta o pagos de su propiedad)
(llene solo una)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> menos de \$300 | <input type="radio"/> \$1,000 - \$1,249 |
| <input type="radio"/> \$300 - \$399 | <input type="radio"/> \$1,250 - \$1,499 |
| <input type="radio"/> \$400 - \$599 | <input type="radio"/> \$1,500 - \$1,999 |
| <input type="radio"/> \$600 - \$799 | <input type="radio"/> \$2,000 - \$2,499 |
| <input type="radio"/> \$800 - \$999 | <input type="radio"/> \$2,500 - o más |

18.a Sí está rentando, su renta incluye? utilidades calor otra _____

TRANSPORTACIÓN:

19. Que tan frecuente usted, o sus miembros familiares, tienen que usar un automóvil o similar vehículo *cuando necesitan* viajar en Cape Cod? (llene un círculo en cada línea).

	<u>Nunca</u>	<u>Esporádicamente</u>	<u>Frecuente</u>	<u>Siempre</u>	<u>No Se Aplica</u>
Para Trabajar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para Escuela o Entrenamiento de Trabajo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para Cuidados de Salud/ Servicio Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para ir de compras (alimentos/ropa).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19.a Sí usted o *su familia* no cuentan con un vehículo, estos viajes son más frecuentes a través de:

Transportación Pública: B-Bus Flex-Route H₂O Bus Sealine Villager WHOOSH

Transportación Privada: Council on Aging Van P&B Bus Taxi Amigo/Conductor Voluntario

CUESTIONES FAMILIARES:

Alguna de la siguiente lista de cuestiones, puede estar siendo un problema para usted o alguien más en su familia. Si algo del listado está siendo *un problema*, en su familia en los pasados 12 meses, por favor díganos si está siendo un **menor** problema o un problema **mayor**.

(llene **sólo un círculo en cada línea**)

<u>Tipo de Problema</u>	<u>NO Problema</u>	<u>Menor Problema</u>	<u>Mayor Problema</u>	<u>No Conozco</u>
Adulto, abuso de sustancias alcohólicas o drogas, etc.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mucha depresión Familiar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discriminación por SIDA, Tuberculosis, etc.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discriminación por su origen, edad, language, identidad/orientación sexual.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discriminación hacia una persona mentalmente enferma.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adquiriendo un problema con bebidas alcohólicas o drogas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adquiriendo conflicto físico en su familia.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teniendo mucha ansiedad o tensión emocional en la familia.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disputa de su estado del inmigración o visa.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inadecuadas oportunidades para aprender o tener entrenamientos para promoción en el trabajo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No poder tener comida nutriente.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No poder encontrar vivienda apropiada para adulto (65+).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No contar siempre con suficiente dinero para alimentos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No poder tener la habilidad de pagar por ayuda en servicios legales.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No poder tener la habilidad para pagar por actividades recreativas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No contar con suficientes habitaciones para todas las personas viviéndo en casa.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tener sufuciente dinero para pagar por una casa o habitación.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tener suficiente dinero para pagar a un doctor, dentista o para comprar medicamentos recetados.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagando para ver a un counselor de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagando para tener atención dental.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>Tipo de Problema</u>	<u>NO Problema</u>	<u>Menor Problema</u>	<u>Mayor Problema</u>	<u>No Conozco</u>
Miembros familiares con serio problema de sobrepeso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (explique)_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SÍ NOTIENE NIÑOS(AS) Viviendo con usted – EVITE ESTAS PREGUNTAS---Pase a la **SIGUIENTE Página-----▶**

<u>Tipo de Problema</u>	<u>NO Problema</u>	<u>Menor Problema</u>	<u>Mayor Problema</u>	<u>No Conozco</u>
Niños(as) o jóvenes menores de 17 años adquiriendo mala conducta o con problemas...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difícil pagar por cuidado bueno después de la escuela.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difícil encontrar cuidado bueno después de la escuela.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difícil pagar por cuidado diario bueno.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No siendo capaces de encontrar un apropiado cuidado diario.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menores de edad tomando bebidas alcohólicas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menores de edad fumando o usando tabaco....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBSTÁCULO EN SERVICIOS:

Estamos interesados en conocer acerca de las dificultades que la gente tiene, cuando tratan de encontrar ayuda para resolver sus problemas. Si usted o alguien en su familia ha tenido alguna dificultad en encontrar ayuda con alguno de los siguientes problemas en los pasados 12 meses, por favor, díganos **que tan seria fue esa dificultad**. (llene sólo un círculo en cada línea)

<u>Tipo de Dificultad</u>	No <u>Seria</u>	Moderadamente <u>Seria</u>	Muy <u>Seria</u>	No encontré <u>Ayuda</u>
Cósto al tomar tiempo fuera del trabajo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No pudo pagar o cubrir costos de servicios.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sintiéndose discriminado (a).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No conveniente los horarios de servicios.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguro no aceptado por servicios.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deficiencia de acceso para personas discapacitadas..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deficiencia de información para servicios disponibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deficiencia de información a dónde ir por servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deficiencia de transportación.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagando deducible de seguro.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios en lugar no apropiado o parte de la ciudad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios localizados muy lejos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No aceptando nuevos pacientes o clientes en servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sin poder tomar tiempo del trabajo para poder ir por servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (explique) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

=====

EDUCACION Y ENTRENAMIENTO:

20. Incluyéndose usted mismo, cuantos adultos (edad 18 +) en su familia, tienen alcanzado el siguiente nivel de educación: (escriba número de adultos)

Atendiendo Preparatoria _____	Algún tiempo Educación Superior _____
Suspendió Preparatoria sin recibir diploma _____	2 años Educación Superior _____
Diploma Preparatoria _____	4 años Educación Superior _____
GED _____	Graduado Educación Superior _____

21. Si hay adultos viviendo en su casa, que NO están trabajando, ellos están: (llene todas las que se apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Hace No aplicar | <input type="radio"/> Indispuesto para trabajar (discapacitado, permiso por condiciones médicas, etc.) |
| <input type="radio"/> En entrenamiento de trabajo | <input type="radio"/> Desempleado, buscando por trabajo |
| <input type="radio"/> En Escuela o Colegio | <input type="radio"/> Desempleado, <u>NO</u> buscando por trabajo |
| <input type="radio"/> Jubilado | |
| <input type="radio"/> Otra (explique) _____ | |

COSTO DE LA VIDA: SU HOGAR "CANASTA DEL MERCADO"

Por favor, díganos si el pago de estos artículos diarios han sido un problema en su hogar ... en los últimos 12 meses. ¿Qué tan problemático ha sido pagar por cada uno de estos artículos?

<u>Pagando por</u>	<u>No hay Problema</u>	<u>Problema Menor</u>	<u>Problema Mayor</u>	<u>Problema Extremo</u>
Artículos de Tienda de Abarrotes:				
○ Carne, pescado, leche, huevos, fruta y Vegetales.....	○	○	○	○
○ Cereal, jugo, alimentos enlatados.....	○	○	○	○
○ Artículos de limpieza, shampoo, etc.	○	○	○	○
Artículos de tiendas de ropa:				
○ Ropa para trabajar.....	○	○	○	○
○ Ropa para la escuela.....	○	○	○	○
○ Ropa de vestir o zapatos.....	○	○	○	○
Vivienda:				
○ Paga renta o arrendamiento.....	○	○	○	○
○ Paga casa o condominio.....	○	○	○	○
○ Propietario o seguro para inquilinos.....	○	○	○	○
Combustibles y servicios:				
○ Combustible.....	○	○	○	○
○ Gas natural o embotellado.....	○	○	○	○
○ Electricidad.....	○	○	○	○
○ Telefono.....	○	○	○	○
Atención Medica y Dental:				
○ Atención medica y dental.....	○	○	○	○
○ Seguro medico.....	○	○	○	○
○ Seguro dental.....	○	○	○	○
Impuestos:				
● Impuestos sobre bienes raices	○	○	○	○
● Calcomanía del municipio de la playa para estacionar.....	○	○	○	○
● Impuestos especiales para auto o camión	○	○	○	○
Escuelas y entrenamiento laboral:				
● Costos de escuela (transporte, deportes).....	○	○	○	○
● Costos de Universidad, habitación, libros.....	○	○	○	○
● Clases de entrenamiento laboral.....	○	○	○	○

<u>Pagando por</u>	<u>No hay Problema</u>	<u>Problema Menor</u>	<u>Problema Mayor</u>	<u>Problema Extremo</u>
Diversión:				
• En casa: TV, cable, juegos, etc.....	○	○	○	○
• Fuera de casa: cines, restaurantes, deportes.....	○	○	○	○
Automovil, Autobus, Van o Taxi:				
• Tarifas de transito (B-Bus, Villager, taxi, etc.).....	○	○	○	○
• Reparaciones del auto o camión (partes y mano de obra).....	○	○	○	○
• Gasolina para auto o camión.....	○	○	○	○
• Seguro de auto o camión.....	○	○	○	○

SITUACIONES DEL HOGAR: DIGANOS ACERCA DE CUALQUIER AYUDA QUE PIDIO

Por favor díganos acerca de cómo obtener asistencia satisfactoria para algunas necesidades cotidianas en su hogar . . . en los últimos 12 meses. ¿Qué tan satisfecho estuvo usted con la ayuda que recibió?

	No <u>Necesito</u>	No Busco <u>Ayuda</u>	Pensó en ayuda	** ¿QUE RESULTADOS? **		
				<u>Consiguió Ayuda</u>	<u>Algo de Ayuda</u>	<u>Ninguna Ayuda</u>
Planes de Empleo & Carrera:						
• Necesita: Orientación laboral.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Entrenamiento laboral.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Ayuda a encontrar empleo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Clases de actualización del empleo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autobus, Van o Taxi:						
• Necesita: viajar en Bus villager.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Viajar en B-Bus.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Viajar en buses Flex-Route.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Viajar en Sealine bus.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Viajar en Senior Center Van.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Viajar en taxi.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Viajar en P & B bus.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención Infantil:						
• Necesita: Guardería después de la escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Guardería en el día.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda en la Despensa de Alimentos:						
• Necesita: Mas alimento.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Mas alimentos nutritivos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención de Salud Mental:						
• Necesita: Cuidado de un niño (0-17 años)..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Cuidado de un adulto (18-64).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Cuidado de un adulto mayor (65 ó mas).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Con Alzheimer.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Sin Alzheimer.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda Legal:						
• Necesita: entender sus derechos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: entender a las cortes.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Necesita: Abogado para un caso en la corte						
○ Para un caso criminal.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Para un caso civil.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
○ Otra (explique).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sino busco Ayuda, ¿por que no? _____ (esta bien continuar en la pagina 14)

Díganos más acerca de todas las personas que viven en su casa:

22. Cuántos *niños* (17 años o menores) **viviendo en su casa?**

- ninguno 1 2 3 4 5 6 7 o más

23. *Alguna persona de 75 años o más viviendo en su casa?* Si No

Alguien 85+?
 Si No

24. *Cuál es el primer origen racial y étnico de usted y sus miembros familiares?*
(llene los que se apliquen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="radio"/> Brasileño | <input type="radio"/> Otro (explique) _____ |
| <input type="radio"/> Asiático | <input type="radio"/> Cabo Verdiano | _____ |
| <input type="radio"/> Negro o Africano Americano | <input type="radio"/> Hispano o Latino | _____ |
| <input type="radio"/> Hawaiano o de otra Isla del Pacífico | <input type="radio"/> Portugues | _____ |
| <input type="radio"/> Blanco (oroginario) | <input type="radio"/> Wampanoag | _____ |

25. Si el primer language hablado no es Inglés, algún adulto (18 +) entiende, lee y habla inglés?

- Si No No se aplica

26. Cuántas personas en su familia reciben **Asistencia Financiera PÚBLICA (TAFDC), Cupones para Comida, Asistencia de descuento para aceite, Salario Suplemental (SSI), SSDI, o recibo de dinero para vivienda?**

- ninguno 1 2 3 4 5 6 7 o más

27. Usted o *alguien en su familia*, está recibiendo alguno de las siguiente **Asistencia PRIVADA o dinero en fondos en los pasados 12 meses? (si por, llene todas las que se aplique)**

- Si, por:** Comida/Ropa Vivienda (renta, reparaciones, etc) Calefacción
 Utilidades (luz, gas, teléfono) Otra (explique) _____
- No

28. **Contando con el salario de todos los ingresos (incluyendo entradas de trabajos, pensiones, desempleo, compensación, pública asistencia financiera, interés, etc.) **Y contando todos los salarios de todos los *miembros de la familia viviendo en su casa*, cuál fue el salario total de todos los *integrantes* familiares el año pasado?** (llene sólo una)**

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Menos de \$10,000 | <input type="radio"/> \$50,000 - \$59,999 |
| <input type="radio"/> \$10,000 - \$14,999 | <input type="radio"/> \$60,000 - \$99,999 |
| <input type="radio"/> \$15,000 - \$29,999 | <input type="radio"/> \$100,000 - \$149,999 |
| <input type="radio"/> \$30,000 - \$49,999 | <input type="radio"/> \$150,000 o más de ésta |

GRACIAS POR CONTESTAR ESTE IMPORTANTE CUESTIONARIO PARA LA COMUNIDAD DE CAPE COD

INSTRUCCIONES:

Por favor, ponga su cuestionario en el sobre, CIERRELO y devuélvalo a la voluntaria.

SUS COMENTARIOS, IDEAS Y SUGERENCIAS: (Preguntas Opcionales)

A. Que es lo que le gusta especialmente de Cape Cod?

B. Que le gusta especialmente de la GENTE de Cape Cod?

C. Que es lo que más le disgusta acerca de Cape Cod?

D. Por favor escriba sus ideas o sugerencias para hacer Cape Cod el mejor lugar para vivir? (Use el espacio que más pueda. Use el reverso de ésta página si necesita.)

COMENTARIOS ADICIONALES

Razones por no buscar ayuda