

## Active Choices Participant Pre-Survey (Hindi)

**Admin Use Only:** The facilitator or program staff should complete this part of the form.

**Participant Number or Name:** \_\_\_\_\_

**Workshop ID:** \_\_\_\_\_ **Site Name:** \_\_\_\_\_

**Start date of program:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (e.g., 05/01/23)

**Program Name:**

Active Choices

1. How did you hear about this class?

- |                                                                    |                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Physician or member of my healthcare team | <input type="checkbox"/> Health fair/ community event                 |
| <input type="checkbox"/> Insurance Company                         | <input type="checkbox"/> Congregate/ home delivered meal notification |
| <input type="checkbox"/> Community Organization                    | <input type="checkbox"/> Information Session/ presentation            |
| <input type="checkbox"/> Care Coordinator                          | <input type="checkbox"/> Email                                        |
| <input type="checkbox"/> Family member/friend                      | <input type="checkbox"/> Newsletter/ mass communication               |
| <input type="checkbox"/> Flyer                                     | <input type="checkbox"/> Print ad/ newspaper                          |
| <input type="checkbox"/> Facebook                                  | <input type="checkbox"/> Radio/ pod cast                              |
| <input type="checkbox"/> Instagram                                 | <input type="checkbox"/> Religious Institution                        |
| <input type="checkbox"/> Twitter                                   | <input type="checkbox"/> Other: _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Other social media                        |                                                                       |

2. क्या आपको आपके डॉक्टर या किसी अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ने इस प्रोग्राम में भाग लेने का सुझाव दिया था?

हां  नहीं

3. आज आप कितने साल के हो गए हैं? \_\_\_\_\_ साल

4. क्या आप अकेले रहते हैं?  हां  नहीं

5. क्या आप हिस्पैनिक, लैटिनो या स्पेनिश मूल के हैं?  हां  नहीं

6. आपकी जाति क्या है? **लागू होने वाले सभी को चेक करें।**

- अमेरिकी भारतीय या अलास्का के मूल निवासी
- एशियाई
- ब्लैक या अफ्रीकन अमेरिकन
- हवाईयन या अन्य पैसिफिक आइलैंडर के मूल निवासी
- श्वेत
- कोई अन्य जाति (कृपया बताएं) \_\_\_\_\_

7. आपका मौजूदा लिंग क्या है (एक चुनें)?

- पुरुष  
 महिला  
 नान बाइनरी  
 \_\_\_\_\_ (कृपया बताएं)  
 जवाब देना नहीं चाहते

8. क्या आप खुद को ट्रांसजेंडर मानते हैं?

- हां  नहीं  जवाब देना नहीं चाहते

9. आप अपने बारे में कैसा सोचते हैं, निम्नलिखित में से कौन सा इस बारे में सबसे अच्छा वर्णन करता है? [एक चुनें]:

- लेस्बियन या गे  
 स्ट्रेट, यानी न गे हैं न लेस्बियन हैं  
 उभयलिंगी  
 [यदि उत्तरदाता AIAN है:] दो भावनाएं  
 मैं एक दूसरे शब्द का इस्तेमाल करता हूँ (कृपया बताएं): \_\_\_\_\_  
 पता नहीं  
 जवाब देना नहीं चाहते

10. आपने उच्चतम कहां तक पढ़ाई की है?

<input type="checkbox"/> प्राथमिक, माध्यमिक, या हाई स्कूल तक	<input type="checkbox"/> तकनीकी स्कूल के कॉलेज गए
<input type="checkbox"/> हाई स्कूल ग्रेजुएट या GED	<input type="checkbox"/> कॉलेज (4 साल या उससे अधिक)

11. क्या आपने कभी सेना में काम किया है?  हां  नहीं

12. पिछले वर्ष के दौरान, क्या आपने किसी ऐसे दोस्त या परिवार के किसी सदस्य की नियमित देखभाल या सहायता की थी जिसे लंबे समय से स्वास्थ्य समस्या है या विकलांग है?  हां  नहीं

13. सामान्य तौर पर, क्या आप कहेंगे कि आपका स्वास्थ्य है:

- उत्कृष्ट  बहुत अच्छा  अच्छा  ठी  खराब

14. क्या किसी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ने कभी आपको इनमें से किसी पुरानी बीमारी के बारे में बताया है (यानी, कोई ऐसी बीमारी जो तीन महीने या उससे अधिक समय से हो)? **कृपया अपना जवाब हाँ या नहीं में देने के लिए X का इस्तेमाल करें**

	हां	नहीं		हां	नहीं
अल्जाइमर का रोग या अन्य डिमेंशिया			किडनी का रोग		
एंजाइटी डिऑर्डर			कुपोषण		
गठिया/रूमेटिक रोग			मोटापा		
अस्थमा/एम्फिज़ीम/अन्य पुरानी श्वास या फेफड़ों से संबंधित समस्या			ऑस्टियोपोरोसिस (लो बोन डेंसिटी)		
कैंसर या कैंसर सर्वाइवर			अभिघातज के बाद का तनाव विकार		

पुराना दर्द			सिज़ोफ्रेनिया या अन्य मानसिक विकार		
अवसाद (डिप्रेशन)			स्ट्रोक		
मधुमेह (हाई ब्लड शुगर)			सब्सटेंस यूज डिसऑर्डर		
दिल की बीमारी			यूरिनरी इन्फेक्शन		
उच्च कोलेस्ट्रॉल			अन्य गंभीर स्थिति		
उच्च रक्तचाप (हाई ब्लड प्रेशर)					

15. कृपया निम्नलिखित प्रश्नों का जवाब देने के लिए X का इस्तेमाल करें

	हां	नहीं
A. क्या आप बहरे हैं या क्या आपको सुनने में बहुत अधिक समस्या होती है?		
B. क्या आप अंधे हैं या आपको चश्मा पहनने के बाद भी देखने में बहुत अधिक समस्या होती है?		
C. क्या आपको चलने या सीढ़ियाँ चढ़ने में बहुत अधिक कठिनाई होती है?		
D. क्या आपको कपड़े पहनने या नहाने में कठिनाई होती है?		
E. शारीरिक, मानसिक या भावनात्मक परेशानी के कारण, क्या आपको ध्यान केंद्रित करने, याद रखने या निर्णय लेने में बहुत अधिक कठिनाई होती है?		
F. शारीरिक, मानसिक या भावनात्मक परेशानी के कारण, क्या आपको रोज़ के काम अकेले करने में बहुत अधिक परेशानी होती है जैसे डॉक्टर के ऑफिस जाना या खरीदारी करना?		

16. आप कितनी बार अकेलापन महसूस करते हैं?

- हमेशा       अक्सर       कभी-कभी       शायद ही कभी       कभी नहीं

17. कितनी बार आपको ऐसा लगता है कि आपको आस-पास के लोगों से अलग-थलग कर दिया गया है?

- हमेशा       अक्सर       कभी-कभी       शायद ही कभी       कभी नहीं

18. आप इस बात से कितने आश्चस्त हैं कि आप अपनी समस्या का समाधान कर सकते हैं ताकि आप अपनी ज़रूरत की या ऐसी चीज़ें कर सकें जो आप करना चाहते हैं?

पूरा तरह से सुनिश्चित नहीं      1    2    3    4    5    6    7    8    9    10      पूरा तरह से सुनिश्चित