

प्रोग्राम का नाम

प्रतिभागी की जानकारी से संबंधित सर्वे

केवल एडमिन के उपयोग के लिए: प्रतिभागी की I.D.: फैसिलिटेटर या प्रोग्राम स्टाफ को फॉर्म के इस भाग को पूरा करना चाहिए और उपस्थिति फॉर्म पर नाम के साथ प्रतिभागी की क्रम संख्या को अंकित करना चाहिए।

राज्य का संक्षिप्त नाम: ___ (उदाहरण, NY, VA, आदि)

साइट के नाम के पहले चार अक्षर: _____

प्रोग्राम के प्रारंभ होने की तिथि: ___ / ___ / ___ (उदाहरण 12/01/19)

प्रतिभागी संख्या: ___ (उदाहरण, 01, 02, 03, आदि)

1. क्या आपके डॉक्टर या किसी अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदान ने आपको इस प्रोग्राम में शामिल होने का सुझाव दिया?
 हां नहीं
2. आज आप कितने साल के हो गए हैं? _____ साल
3. आप क्या हैं: पुरुष या महिला?
4. क्या आप हिस्पैनिक, लैटिनो या स्पेनिश मूल के हैं? हां नहीं
5. आपकी जाति क्या है? लागू होने वाले सभी को मार्क करें।
 अमेरिकी भारतीय या अलास्का के मूल निवासी
 एशियाई
 ब्लैक या अफ्रीकन अमेरिकन
 हवाईयन या अन्य पैसिफिक आइलैंडर के मूल निवासी
 श्वेत
6. क्या आप बहरे हैं या क्या आपको सुनने में बहुत अधिक समस्या होती है? हां नहीं
7. क्या आप अंधे हैं या आपको चश्मा पहनने के बाद भी देखने में बहुत अधिक समस्या होती है?
 हां नहीं
8. क्या आप अकेले रहते हैं? हां नहीं
9. आपने उच्चतम कहां तक पढ़ाई की है?
 प्राथमिक, मध्य, या हाई स्कूल
 हाई स्कूल ग्रेजुएट या GED
 कॉलेज या तकनीकी स्कूल गये

○ 4 साल या उससे अधिक कॉलेज गए

10. क्या आपने कभी सेना में काम किया है? ○ हां ○ नहीं
11. पिछले वर्ष के दौरान, क्या आपने किसी दोस्त या परिवार को नियमित देखभाल या सहायता प्रदान की? कोई ऐसा सदस्य जिसे लंबे समय से स्वास्थ्य समस्या या विकलांगता है?
○ हां ○ नहीं
12. सामान्य तौर पर, क्या आप कहेंगे कि आपका स्वास्थ्य है:
○ उत्कृष्ट ○ बहुत अच्छा ○ अच्छा ○ ठीक-ठाक ○ खराब
13. क्या किसी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ने कभी आपको इनमें से किसी अन्य गंभीर बीमारी के बारे में बताया है?

	हां	नहीं		हां	नहीं
एंजाइटी डिऑर्डर			पुराना दर्द		
उच्च कोलेस्ट्रॉल			किडनी का रोग		
अस्थमा/एम्फिज़ीम/अन्य पुरानी श्वास या फेफड़ों की समस्या			ऑस्टियोपोरोसिस (लो बोन डेंसिटी)		
कैंसर या कैंसर सर्वाइवर			मोटापा		
उच्च रक्तचाप (हाई ब्लड प्रेशर)			सिज़ोफ्रेनिया या अन्य मानसिक विकार		
अवसाद (डिप्रेशन)			स्ट्रोक		
मधुमेह (हाई ब्लड शुगर)			गठिया/रूमेटिक रोग		
दिल की बीमारी			अन्य गंभीर स्थिति		

14. शारीरिक, मानसिक या भावनात्मक परेशानी के कारण, क्या आपको:
- ध्यान केंद्रित करने, याद रखने या निर्णय लेने में बहुत अधिक कठिनाई होती है?
○ हां ○ नहीं
 - अकेले काम करने में कठिनाई होती है जैसे डॉक्टर के ऑफिस जाना या खरीदारी करना?
○ हां ○ नहीं
15. क्या आपको चलने या सीढ़ियाँ चढ़ने में बहुत अधिक कठिनाई होती है? ○ हां ○ नहीं
16. क्या आपको कपड़े पहनने या नहाने में कठिनाई होती है? ○ हां ○ नहीं
17. आप कितनी बार अकेलापन या अपने आसपास के लोगों से दूर महसूस करते हैं?
○ हमेशा ○ अक्सर ○ कभी-कभी ○ शायद ही कभी ○ कभी नहीं

Take Charge Pre-Survey (Hindi) CCDPH Participant Information Form

Workshop ID#: _____

18. आप इस बात से कितने आश्वस्त 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?

पूरी तरह से अनिश्चित 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 पूरी तरह से सुनिश्चित