

## Active Choices Participant Pre-Survey (Gujarati)

**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. શું તમારા ડોક્ટર અથવા અન્ય આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાએ તમને આ પ્રોગ્રામમાં હાજરી આપવાનું સૂચન કર્યું છે?  હા  ના

3. તમારી હાલની ઉંમર કેટલી છે? \_\_\_\_\_ વર્ષો

4. શું તમે એકલા રહો છો?  હા  ના

5. શું તમે હિસ્પેનિક, લેટિનો અથવા સ્પેનિશ મૂળના છો?  હા  ના

6. તમારો વંશ શું છે? **વાગુ પડે છે તે બધું ટીક કરો.**

- અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કાના વતની
- એશિયન
- અશ્વેત અથવા આફ્રિકન અમેરિકન
- મૂળ હવાઇયન અથવા અન્ય પેસિફિક આઇલેન્ડર
- શ્વેત
- કેટલાક અન્ય વંશ (કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો) \_\_\_\_\_

7. તમારું વર્તમાન લિંગ શું છે (એક પસંદ કરો)?

- પુરુષ  
 સ્ત્રી  
 નોન-બાયનરી (એક જ દેહમાં સ્ત્રી અને પુરુષ બંને)  
 \_\_\_\_\_ (ફૂપા કરીને સ્પષ્ટ કરો):  
 જવાબ ન આપવાનું પસંદ કરો

8. શું તમે તમારી જાતને ટ્રાન્સજેન્ડર માનો છો?

- હા  ના  જવાબ ન આપવાનું પસંદ કરો

9. નીચેનામાંથી કયું તમે તમારા વિશે કેવી રીતે વિચારો છો તેને શ્રેષ્ઠ રીતે રજૂ કરે છે? [એક પસંદ કરો]:

- લેસ્બિયન અથવા ગે  
 સ્ટ્રેટ, એટલે કે ગે કે લેસ્બિયન નથી  
 બાયસેક્સ્યુઅલ  
 [જો પ્રતિસાદ આપનાર AIAN છે:] બે આત્મા  
 હું એક અલગ શબ્દનો ઉપયોગ કરું છું (ફૂપા કરીને સ્પષ્ટ કરો): \_\_  
 જાણતા નથી  
 જવાબ ન આપવાનું પસંદ કરો

10. તમે પૂર્ણ કરેલ શાળાનો ઉચ્ચતમ ગ્રેડ અથવા વર્ષ શું છે?

<input type="checkbox"/> પ્રાથમિકના અમુક વર્ષ, માધ્યમિક અથવા ઉચ્ચ શાળા	<input type="checkbox"/> કોલેજના અમુક વર્ષ અથવા તકનીકી શાળા
<input type="checkbox"/> હાઇ સ્કૂલ ગ્રેજ્યુએટ અથવા GED	<input type="checkbox"/> કોલેજ (4 વર્ષ કે તેથી વધુ)

11. શું તમે ક્યારેય લશ્કરમાં સેવા આપી છે?

- હા  ના

12. પાછલા વર્ષ દરમિયાન, શું તમે લાંબા ગાળાની સ્વાસ્થ્ય સમસ્યા અથવા અપંગતા ધરાવતા મિત્ર અથવા કુટુંબના સભ્યને નિયમિત સંભાળ અથવા સહાય પૂરી પાડી હતી?

- હા  ના

13. સામાન્ય રીતે, તમે કહેશો કે તમારું સ્વાસ્થ્ય કેવું છે:

- ઉત્તમ  ખૂબ સરસ  સારું  યો  નબળું

14. શું કોઈ આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાએ તમને ક્યારેય કહ્યું છે કે તમને નીચેની કોઈપણ દીર્ઘકાલીન સ્થિતિ છે (એટલે કે, જે ત્રણ મહિના કે તેથી વધુ સમયથી ચાલી રહી છે)? તમારો પ્રતિભાવ હા અથવા ના દર્શાવવા માટે ફૂપા કરીને X નો ઉપયોગ કરો

	હા	ના		હા	ના
અલ્ઝાઈમર રોગ અથવા અન્ય ઉન્માદ			ક્રિડની રોગ		
અસ્વસ્થતા વિકૃતિ			કુપોષણ		
સંધિવા/સંધિવા સંબંધી રોગ			સ્થૂળતા		
અસ્થમા/એગ્ઝિસીમા/અન્ય ક્રોનિક શ્વાસ અથવા ફેફસાની સમસ્યા			ઓસ્ટીઓપોરોસીસ (અસ્થિની ઓછી ઘનતા)		
કેન્સર અથવા કેન્સર માંથી બચી ગયા છો			માનસિક આઘાત પછીના તણાવની વિકૃતિ		

દીર્ઘકાલીન પીડા			સ્કિઝોફ્રેનિયા અથવા અન્ય માનસિક વિકૃતિ		
અવસાદ			સ્ટ્રોક		
ડાયાબિટીસ (ઉચ્ચ બ્લડ સુગર)			પદાર્થ ઉપયોગ વિકૃતિ		
હૃદયરોગ			મૂત્ર અસંયમ		
ઉચ્ચ કોલેસ્ટ્રોલ			અન્ય દીર્ઘકાલીન સ્થિતિ		
હાયપરટેન્શન (ઉચ્ચ બ્લડ પ્રેશર)					

15. નીચેના પ્રશ્નોના તમારા પ્રતિભાવ દર્શાવવા માટે કૃપા કરીને X નો ઉપયોગ કરો.

	હા	ના
a. શું તમે બહાર છો અથવા તમને સાંભળવામાં ગંભીર તકલીફ પડે છે?		
b. શું તમે અંધ છો અથવા ચશ્મા પહેરીને પણ તમને જોવામાં ગંભીર તકલીફ થાય છે?		
c. શું તમને ચાલવામાં કે સીડી ચડવામાં ગંભીર તકલીફ પડે છે?		
d. શું તમને વસ્ત્રો પહેરવામાં કે સ્નાન કરવામાં તકલીફ પડે છે?		
e. શારીરિક, માનસિક અથવા ભાવનાત્મક સ્થિતિને લીધે, શું તમને ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવામાં, યાદ રાખવામાં અથવા નિર્ણય લેવામાં ગંભીર મુશ્કેલી પડે છે?		
f. શારીરિક, માનસિક અથવા ભાવનાત્મક સ્થિતિને કારણે, શું તમને ડોક્ટરની ઓફિસની મુલાકાત લેવા અથવા ખરીદી કરવા જેવા કાર્યો એકલા કરવામાં મુશ્કેલી પડે છે?		

16. તમે કેટલી વાર એકલતા અનુભવો છો?

- હંમેશા       ક્યારેક       કેટલાંકવાર       ભાગ્ય       ક્યારું પણ નહીં

17. શું તમે તમારી આસપાસના લોકોને કારણે કેટલી વાર એકલતા અનુભવો છો?

- હંમેશા       ક્યારેક       કેટલાંકવાર       ભાગ્ય       ક્યારું પણ નહીં

18. તમને કેટલી ખાતરી છે કે તમે તમારી સ્થિતિને મેનેજ કરી શકો છો જેથી તમે જે વસ્તુઓની તમને જરૂર હોય અને કરવા માંગો છો તે કરી શકો છો?

તદ્દન આનાશ્રિત      1    2    3    4    5    6    7    8    9    10      સંપૂર્ણ ખાતરી