

Evaluación Estatal de Necesidades de Luisiana

Estimado/a Residente:

Su Agencia Local del Área sobre el Envejecimiento en Luisiana ofrece servicios y apoyos para que los residentes puedan envejecer con éxito en el lugar que han elegido como hogar. La prioridad de la Agencia Local del Área sobre el Envejecimiento es tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Al ofrecer servicios para personas mayores y al asociarse con agencias y programas comunitarios, la Agencia del Área sobre el Envejecimiento sirve y empodera a los clientes, sus familias y sus cuidadores para dirigir su propio proceso de envejecimiento.

Actualmente estamos realizando una Evaluación de Necesidades para aprender cómo podemos servir mejor a la comunidad. Necesitamos su opinión para guiar este proceso. Por favor tome unos momentos para completar la Evaluación de Necesidades y devuélvala por correo postal antes del 15 de octubre de 2026. ¡Esperamos recibir su opinión!

Servicios y Asistencia

Nos gustaría saber qué tan importante es cada uno de los siguientes aspectos en su vida y/o para quienes usted cuida. **1: Indique su respuesta en una escala de 1 (No Importante), 2 (Importante), 3 (Muy Importante) colocando un 1, 2 o 3 en los espacios provistos. ¿Qué tan importantes son los siguientes para usted?**

Indique su respuesta en una escala de 1 (No Importante) a 3 (Muy Importante)	Llene con número 1–3	Indique su respuesta en una escala de 1 (No Importante) a 3 (Muy Importante)	Llene con número 1–3
¿Tener acceso a Internet?	_____	¿Aprender conceptos básicos de computación, cómo usar Internet u otras habilidades?	_____
¿Saber qué servicios están disponibles para personas mayores y cómo acceder a ellos?	_____	¿Participar en actividades grupales divertidas (por ejemplo: excursiones, ejercicio, baile, caminatas, manualidades, música, Bingo, etc.) con personas de mi edad?	_____
¿Información o ayuda para solicitar seguro médico o cobertura de medicamentos?	_____	¿Tener a alguien con quien hablar cuando me siento solo/a?	_____
¿Transporte al Centro de Personas Mayores, tienda, consultorio médico, farmacia u otro lugar?	_____	¿Que alguien entregue una comida en mi hogar todos los días?	_____

Indique su respuesta en una escala de 1 (No Importante) a 3 (Muy Importante)	Llene con número 1–3	Indique su respuesta en una escala de 1 (No Importante) a 3 (Muy Importante)	Llene con número 1–3
--	----------------------	--	----------------------

¿Compartir una comida con un amigo u otras personas de mi edad? _____

2: Prioridades, Continuación: ¿Qué tan importante es...?

Asigne un número del 1 (No Importante), 2 (Importante), 3 (Muy Importante) para los siguientes elementos:

Indique su respuesta 1–3	Llene con número 1–3	Indique su respuesta 1–3	Llene con número 1–3
¿Información sobre alimentación saludable para mantener la salud física y el bienestar general?	_____	¿Prevención de caídas y otros accidentes?	_____
¿Ayuda para mantener mi hogar limpio?	_____	¿Tener un Centro de Personas Mayores cerca de mi hogar?	_____
¿Ayuda con el cuidado personal (baño, vestimenta, comer, tomar medicamentos, etc.)?	_____	¿Servicio de Respiro (servicio de alivio temporal en su hogar para dar un descanso a los cuidadores)?	_____
¿Información, servicios y apoyo para problemas de salud mental (Alzheimer, Demencia, Depresión y otros trastornos del cerebro)?	_____	¿Acceso a instalaciones de Respiro (Hogares Residenciales para Adultos con licencia para vida independiente asistida)?	_____
¿Mantenerme cálido/a o fresco/a según cambie el clima?	_____	¿Ayuda con vivienda para personas mayores o vida asistida?	_____
¿Ayuda con el pago de facturas/presupuesto?	_____	¿Ayuda con la cesación de sustancias?	_____
¿Acceso a atención dental, visual o auditiva?	_____	¿Ayuda con asistencia de alquiler o energía?	_____
¿Ayuda para completar formularios de Medicare/seguro?	_____		

NECESIDADES FINANCIERAS Y ASISTENCIA

3: ¿Cuáles de los siguientes experimenta como dificultades para pagar y obtendría asistencia financiera si estuviera disponible? Marque todas las opciones que apliquen. Coloque una marca junto a cualquier artículo que a menudo necesita ayuda para pagar.

Cuidado dental y/o dentaduras	_____	Alimentos saludables	_____
Examen auditivo y/o audífonos	_____	Medicare	_____
Examen de la vista/lentes	_____	Medicamentos o cobertura de medicamentos	_____
Seguro médico	_____	Otros dispositivos médicos asistivos	_____

CUIDADORES

Las siguientes preguntas corresponden a cuidadores y a las personas a quienes cuidan. Si usted no cuida de nadie, seleccione N/A.

4. Si cuida a un Adulto Mayor de 60 años o más, indique cuánto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

1 = En Desacuerdo; 2 = Neutral; 3 = De Acuerdo; 4 = N/A (No cuido a un adulto mayor)

Indique su respuesta 1–4	Llene	Indique su respuesta 1–4	Llene
Necesito ayuda para pagar los servicios necesarios para la persona a quien cuido	_____	Necesito un lugar donde la persona a quien cuido pueda ir durante el día	_____
Necesito ayuda para localizar servicios para la persona a quien cuido	_____	A veces necesito alivio temporal de mis deberes como cuidador (respiro)	_____
Me gustaría recibir capacitación sobre cómo cuidar a alguien en casa	_____		

5. CUIDADORES: De las personas a quienes cuida, ¿cuántas son...?

Seleccione uno	1 persona	2 personas	Más de 2 personas	N/A: No soy cuidador
Mayores de 60 años	☐	☐	☐	☐
Con discapacidad	☐	☐	☐	☐
Mayores de 60 años y con discapacidad	☐	☐	☐	☐

Seleccione uno	1 persona	2 personas	Más de 2 personas	N/A: No soy cuidador
Niño(s) menor(es) de 18 años	☐	☐	☐	☐

Raza y Etnicidad

6. ¿Cuál de las siguientes lo describe mejor? Seleccione todas las que apliquen.

☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ☐
Negro/Afroamericano ☐ No listado aquí ☐ Asiático o asiático-americano ☐ Blanco/Caucásico
(no hispano) ☐ Hispano, Latino u Origen Español ☐ Prefiero no responder

Identidad de Género

Nos esforzamos por crear programas y servicios que representen y sirvan a toda la diversidad de la comunidad.

7. ¿Cuál de las siguientes lo describe mejor? Seleccione todas las que apliquen:

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ☐ Otro ☐ No listado aquí ☐ Prefiero no responder

8. ¿Se identifica como miembro de la comunidad LGBTQIA+?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Estado de Discapacidad

9. ¿Tiene una condición crónica o de larga duración (física, visual, auditiva, cognitiva, emocional u otra) que requiera adaptaciones continuas para realizar actividades diarias?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

12. ¿Cómo describe su estado de discapacidad? (Seleccione todas las que apliquen)

☐ Una discapacidad sensorial ☐ Una enfermedad médica de larga duración ☐ Una discapacidad de movilidad (ej. epilepsia, fibrosis quística) ☐ Una condición de salud mental de larga duración (ej. depresión, ansiedad) ☐ Una discapacidad intelectual/desarrollo (ej. TDAH, Autismo, Parálisis Cerebral, PKU) ☐ Una discapacidad temporal por lesión o cirugía ☐ No tengo una discapacidad, enfermedad o lesión ☐ Prefiero no responder

Cuéntenos más sobre usted

13. Estado civil:

☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ En pareja ☐ Separado/a ☐ Prefiero no responder

14. ¿Qué idioma habla en casa? Seleccione todos los que apliquen:

☐ Inglés ☐ Francés ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Otro

15. Máximo nivel educativo completado:

☐ Escuela primaria ☐ Escuela secundaria ☐ Universidad – Asociado ☐ Universidad – Licenciatura ☐ Universidad – Maestría ☐ Universidad – Doctorado ☐ Otro

16. En general, ¿cómo califica su salud?

☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ No sé

17. ¿Cuántas personas viven en su hogar?

18. Edad:

☐ Menos de 59 ☐ 60–64 ☐ 65–69 ☐ 70–74 ☐ 75–79 ☐ 80–84 ☐ 85+

Aislamiento Social

19. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a o aislado/a?

☐ A menudo ☐ A veces ☐ Rara vez ☐ Nunca

Acceso Digital

20. ¿Tiene acceso a Internet en su hogar?

☐ Sí ☐ No

Preparación para Emergencias

21. ¿Se siente preparado/a para emergencias (tormentas, evacuaciones, cortes de energía, etc.)?

☐ Sí ☐ No

Conciencia de Seguridad

22. ¿Sabe a quién llamar en caso de abuso, negligencia o explotación?

☐ Sí ☐ No

23. ¿Alguna vez se ha sentido inseguro/a o aprovechado/a?

☐ Sí ☐ No

Información de Residencia

24. ¿En qué parroquia reside?

25. ¿En qué ciudad reside?

26. ¿Cuál es su código postal?

27. ¿Hay algo más que le gustaría que la Agencia del Área sobre el Envejecimiento supiera sobre los servicios que recibe, los servicios que necesita o cualquier otra cosa que considere importante?
