

## 简介

作为 2024-2025 年较大规模社区健康需求评估工作的一部分，RWJBarnabas 健康系统正在与我们的健康联盟伙伴 (Mercer、Middlesex、Somerset)、St. Peter's University Hospital、Capital Health、Lawrence Rehabilitation 和 Healthcare Center、地方健康中心、县和地方健康部门以及社区组织协同开展一项调查，以便更好地了解社区及其居民的需求及其优势。这些信息将为以后的服务和项目提供指南，促进各组织之间更好地协调工作。

**是否参与调查完全出于自愿**，您的回答也将被**保密**。您不会被问及姓名、地址或任何其他可识别您身份的信息。完成这项调查大约需要 15 分钟。您的意见将帮助确保未来的计划满足不同社区和居民的各种需求。如果您对这项工作有任何问题或意见，请联系 BHPlanningDept@rwjbh.org。让我们共同为您的社区打造健康的未来。

## A 部分：背景信息 – 您及您所在社区

1. 您所在地的邮编是多少？ \_\_\_\_\_ (请填写 5 位数字)。

2. 您住在哪个城镇或城市？ \_\_\_\_\_

3. 您在该区域居住了多久？

未满 1 年 à 如果未满 1 年，您以前地址的邮政编码是多少？ \_\_\_\_\_

1-4 年

5-9 年

10-19 年

20 年以上

**\*\*以下人口统计学问题仅用于这项研究的分析，并会得到完全保密。**

4. 您出生于哪一年？ \_\_\_\_\_

5. 您的民族或种族是什么？ (请勾选所有适用项)。

黑人或非裔美国人 (例如非裔美国人、海地人、牙买加人、尼日利亚人、埃塞俄比亚人)

拉丁裔/加勒比血统的西班牙裔 (例如波多黎各人、古巴人、多米尼加人)

拉丁裔/墨西哥或中美洲或南美洲后裔的西班牙裔 (例如墨西哥人、萨尔瓦多人、巴西人、哥伦比亚人)

东亚人 (例如中国人、日本人、韩国人、菲律宾人、越南人)

南亚人 (例如印度人、巴基斯坦人、孟加拉国人、尼泊尔人)

中东/北非/阿拉伯人 (例如埃及人、摩洛哥人、约旦人、叙利亚人)

白人/欧洲裔美国人 (例如德国人、爱尔兰人、英国人、意大利人、波兰人)

美洲印第安人/美洲原住民 (例如南蒂科克-伦尼-莱纳佩人、波瓦坦-莱纳佩人、拉马普人)

夏威夷土著或其他太平洋岛民 (例如夏威夷人、萨摩亚人)

其他 (请注明) : \_\_\_\_\_

不愿回答

## 6. 您取得的最高学历是什么？

- 高中以下
- 高中未毕业
- 高中毕业或高中同等学历证(GED)
- 大学未毕业
- 大专或技术学位/证书
- 大学毕业
- 研究生或专业学位
- 不愿回答

## B 部分：社区优先事项、资产及挑战

### 7. 在您看来，您所在社区中三个最大的健康问题或关注事项是什么？ (请仅选择 3 项)。

- 哮喘
- 癌症
- 糖尿病
- 心脏疾病
- 肺部疾病 [例如慢性阻塞性肺病 (COPD)、肺气肿]
- 超重/肥胖
- 与衰老有关的健康问题 (例如阿尔茨海默病、跌倒)
- 心理健康问题 (例如抑郁、焦虑、自杀)
- 饮酒、酗酒或过量饮酒
- 吸烟、吸电子烟或嚼烟
- 物质使用、滥用或过量使用 (例如，阿片类药物、海洛因、滥用处方药、大麻)
- 生活压力大
- 传染病或传染性疾病 (例如肺炎、新冠肺炎、流感)
- 性传播感染 (STI) (例如衣原体、HIV/AIDS)
- 未成年怀孕
- 暴力和社区安全 (例如枪支暴力、家庭暴力)
- 意外伤害 (例如车祸、溺水)
- 向儿童或青少年提供充足的卫生和社会服务
- 种族主义和歧视
- 人们负担得起的住房
- 饥饿或人们负担得起的健康食品
- 充足的优质教育
- 贫困/就业机会
- 未列出的其他问题或关注事项 (请注明) : \_\_\_\_\_
- 不知道

### 8. 在您看来，您所在社区中儿童和青少年的三个最大的健康问题或关注事项是什么 (请仅选择 3 项)。

- 哮喘
- 儿童癌症
- 糖尿病
- 超重/肥胖
- 霸凌
- 心理健康问题 (例如抑郁、焦虑、自杀)
- 饮酒、酗酒或过量饮酒
- 吸烟、吸电子烟或嚼烟
- 物质使用、滥用或过量使用 (例如，阿片类药物、海洛因、滥用处方药、大麻)
- 生活压力大
- 传染病或传染性疾病 (例如肺炎、新冠肺炎、流感)
- 性传播感染 (STI) (例如衣原体、HIV/AIDS)
- 未成年怀孕
- 虐待和忽视儿童
- 暴力和社区安全 (例如枪支暴力、校园暴力、帮派)
- 意外伤害 (例如车祸、溺水)
- 向儿童或青少年提供充足的卫生和社会服务
- 种族主义和歧视
- 人们负担得起的住房
- 饥饿或人们负担得起的健康食品
- 充足的优质教育
- 贫困/就业机会
- 未列出的其他问题或关注事项 (请注明) : \_\_\_\_\_
- 不知道

9. 请使用下面的评分标准指出您对以下关于社区陈述的同意程度（该陈述为真）或不同意程度（该陈述为假）。

（每项陈述请仅选一个选项）。

	强烈反对	不同意	既不同意也不反对	同意	坚决同意	不知道
a. 我所在社区有安全的户外散步和玩耍的地方。	<input type="checkbox"/>					
b. 我所在的社区中健康的生活方式是常态。	<input type="checkbox"/>					
c. 我所在的社区很适合养育后代。	<input type="checkbox"/>					
d. 我所在的社区为成年人提供了受教育的机会。	<input type="checkbox"/>					
e. 我所在的社区为每个人提供了社交场所（例如图书馆、教堂、当地俱乐部、老年人聚会）。	<input type="checkbox"/>					
f. 我所在社区的学校为孩子们提供健康的食物。	<input type="checkbox"/>					
g. 我每天可以很方便地乘坐公共交通工具去我的目的地（例如，工作场所、超市、预约看病等）。	<input type="checkbox"/>					
h. 我所在的社区为老年人和残疾人提供交通服务（例如，带他们去超市、购物中心等）。	<input type="checkbox"/>					
i. 我所在的地区有很多工作机会。	<input type="checkbox"/>					
j. 如果我需要帮助来养活自己或我的家人，我知道去哪些服务机构寻求帮助（例如，食品赈济处、食品分发处等）。	<input type="checkbox"/>					
k. 我所在的社区有足量维护良好且我负担得起的安全住房。	<input type="checkbox"/>					
l. 在我所在的社区里，暴力事件并不多，例如肢体冲突、帮派活动、偷窃或袭击。	<input type="checkbox"/>					
m. 在我所在的社区里，很少有人与人之间的暴力问题，比如家庭内的虐待、虐待老人或当面或网上霸凌。	<input type="checkbox"/>					
n. 我所在社区的人们能负担得起食物、住房和交通等基本需求。	<input type="checkbox"/>					

10. 在未来两个月里，您是否担心您拥有、出租或居家所住住房的稳定性？

是       否

11. 您有多少次因没有道路而无法到达您的目的地？

很少或不经常                       大约每月一次                       每周一次或更多  
 一年几次                               每月一次以上

12. 请阅读以下人们对食物状况的陈述。对于每一项，选择在过去的 12 个月里针对您家庭而言陈述的真实程度。

	经常如此	偶尔如此	从未如此
a. 我们担心在有钱买更多食物之前，我们的食物是否会吃完。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 我们买的食物不能维持太久，我们也没有钱再买更多食物。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 我们依靠社区晚餐计划、食品储藏室或膳食援助计划来为我们的家庭提供补给。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. 在过去的 12 个月里，您是否在以下方面从某个组织或政府项目处获得过免费或低成本的援助？**

(请勾选所有适用项)。

- |   |                                    |                                   |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 交通                     | <input type="checkbox"/> 儿童保育      | <input type="checkbox"/> 移民问题     |
| <input type="checkbox"/> 水电费                    | <input type="checkbox"/> 住房        | <input type="checkbox"/> 法律问题     |
| <input type="checkbox"/> 教育                     | <input type="checkbox"/> 求职或培训     | <input type="checkbox"/> 未接受援助    |
| <input type="checkbox"/> 食物 (例如补充营养援助计划 (SNAP)) | <input type="checkbox"/> 照顾老年人或残疾人 | <input type="checkbox"/> 不愿回答/不知道 |
| <input type="checkbox"/> 药物                     | <input type="checkbox"/> 翻译/口译     |                                   |

**C 部分：健康状况及疾病**

**14. 您如何描述您的整体健康状况？**

- 非常好       很好       好       一般       差

**15. 您是否曾被医生或其他健康专业人士告知您患有以下任何一种疾病？**

对于问题 15a 中的每个“是”答案，请在问题 15b 回答：您目前是否正在接受这种疾病的医护服务？

*\*提示：这项调查为自愿填写，且您的回答将得到保密。不会问及您的姓名、地址或任何其他可识别您身份的信息。*

	15a. 是否曾经被服务提供方告知，您有.....？		15b. 如果答案为是，目前是否正在接受医护服务？	
	是	否	是	否
心脏疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血压	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高胆固醇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肾脏疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中风	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
癌症 (任何类型)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
哮喘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺部疾病 (例如 COPD、肺气肿)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
阿尔茨海默病或痴呆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
听力问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身体残疾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抑郁或焦虑问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物质滥用问题 (药物或酒精)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吸烟或吸电子烟上瘾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. 请从以下选项选出阻止您吃健康食物的原因。(请勾选所有适用项)。**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 没有时间购买或准备健康食物     | <input type="checkbox"/> 缺乏准备食物的设备 (例如烹饪用的灶具、锅) |
| <input type="checkbox"/> 没有便利的交通条件来获取健康食物  | <input type="checkbox"/> 不喜欢这种味道或健康食物不能让我饱腹     |
| <input type="checkbox"/> 不太了解什么食物属于健康食物    | <input type="checkbox"/> 没心情吃健康食物               |
| <input type="checkbox"/> 不知道如何购买或准备健康食物    | <input type="checkbox"/> 其他 (请注明) : _____       |
| <input type="checkbox"/> 健康食物的价格/健康食物费用太贵  | <input type="checkbox"/> 没有任何因素能阻止我吃健康食物        |
| <input type="checkbox"/> 因身体残疾而不能购买或准备健康食物 |   |



**21. 过去2年里，以下哪些情况（如有）导致您或家庭成员在需要时难以获得治疗或护理？**（如果该情况让您或您的家人难以获得治疗或护理或是一个妨碍，请选“是”；如果该情况未让您或您的家人难以获得治疗或护理或不是一个妨碍，请勾选“否”）。

**\*这项调查为自愿填写，且您的回答将得到保密。不会问及您的姓名、地址或任何其他可识别您身份的信息。**

	是	否	不知道
保险问题（例如，医生不认可您的保险、您没有任何保险）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
护理费用（例如，您无力支付、自付费用太高）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医生不接受新患者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在医生办公室或诊所等待的时间太长	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
很难在一天/晚上/周末的合适时间安排约诊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
对医生或医院感到恐惧或厌恶；医生、医疗机构或办公室工作人员态度恶劣；感到不受欢迎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不能请假去看病 - 拿不到工资或会失去工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
无法找到护理服务；不知道去何处就医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
语言问题（例如，难以与医疗机构或办公室工作人员交流）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
残疾人无法获得的服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
交通问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
儿童保育问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
健康信息泄露	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
由于移民身份产生的不安心理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他导致您/家庭成员无法获得治疗或护理的问题（请注明）：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. 当尝试获得医疗护理时，您个人有多少次因以下因素而受到歧视：**

	经常	有时	从未
种族或民族	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
文化或宗教背景	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
语言或讲话	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
年龄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
收入水平	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体型	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性取向	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性别或性别身份	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身体或精神残疾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. 如果对自己的健康有疑问或需要相关信息，您会去何处寻求建议？**（请勾选所有适用项）。

- |                               |   |  |
|-------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 信仰组织 | <input type="checkbox"/> 医疗保健提供方（例如，    | <input type="checkbox"/> 社交媒体资源（例如 Facebook） |
| <input type="checkbox"/> 家庭成员 | 医生、执业护士）                                | <input type="checkbox"/> 紧急护理（Urgent care）   |
| <input type="checkbox"/> 免费诊所 | <input type="checkbox"/> 医院急诊科          | <input type="checkbox"/> 我没有好的消息来源           |
| <input type="checkbox"/> 朋友   | <input type="checkbox"/> 地方卫生部门         |  |
|                               | <input type="checkbox"/> 网上资源（例如 WebMD） |  |

24. 在过去 2 年里, 您是否曾因医疗机构的工作时间、费用或保险问题而在需要时无法请医疗保健提供方或专家为您诊治?

对于问题 24a 中的每个“是”答案, 请在问题 24b 说明哪些因素阻止了您去医护服务提供方或专科医生处看诊?

	Q24a. 曾经需要看专科医生, 但由于问题 Q24b 而无法赴诊。		Q24b. (如果答案为是) 是哪些因素妨碍了您请医生或专家诊治? (请勾选所有适用项)			
	是	否	机构的工作时间	成本	保险问题	其他(写入) _____
行为健康 (例如个人或团体咨询、心理健康服务、物质使用障碍等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
儿童健康或儿科 (例如婴儿护理、健康儿童检查、免疫接种、学校或运动体检等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
癌症 (例如癌症筛查、放疗、化疗、癌症存活性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心脏健康/心血管问题 (例如冠状动脉疾病、心脏病、高血压等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
急诊/医院护理 [例如突发或严重疾病、医疗紧急情况、康复、住院治疗]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
脑、脊髓或神经/神经问题 (例如阿尔茨海默病、癫痫、多发性硬化症、中风等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
骨骼和肌肉问题/矫形外科 (例如, 骨折、关节炎、关节脱位等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
女性健康 (例如计划生育、妇科、孕期保健、更年期等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
其他 (请注明): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## E 部分: 心理健康和药物使用

25. 现在考虑您的心理健康, 包括压力、抑郁和情绪问题, 在过去 30 天里, 您的心情有多少天欠佳?

(请填写 0-30 间的数字): \_\_\_\_\_

26. 在过去 30 天里, 大约有多少天低落的心情使您无法进行日常活动, 例如自我照顾、工作或娱乐?

(请填写 0-30 间的数字): \_\_\_\_\_

27. 在过去两年里, 您或您的家人是否有一段时间需要帮助来解决心理健康问题, 例如感到非常悲伤、焦虑或其他情绪低落, 但得不到所需治疗?

- 是的, 我/我的家庭成员需要心理健康服务和/或治疗, 但不能得到所需服务
- 否, 我/我的家庭成员需要心理健康服务和/或治疗, 且能得到所需服务
- 否, 我/我的家庭成员不需要心理健康服务和/或治疗
- 不愿回答/不知道

28. 在过去两年里, 您或您的家庭成员是否因吸毒或酗酒问题需要帮助, 但是未能得到所需的支持?

- 是的, 我/我的家庭成员需要药物使用服务和/或治疗, 但未能得到所需的支持
- 否, 我/我的家庭成员需要药物使用服务和/或治疗, 且能得到所需服务
- 否, 我/我的家庭成员不需要药物使用服务和/或治疗
- 不愿回答/不知道

**如果您或您的家庭成员在过去 2 年内没有针对心理健康或物质使用服务方面的需求，请跳到 F 部分的问题 30。**

**29. 在过去两年里，以下哪些情况（如有）导致您或家庭成员在需要时难以获得心理健康或药物使用服务和/或治疗？**

（如果该情况让您或您的家人难以获得服务或是一个妨碍，请选“是”；如果该情况未让您或您的家人难以获得服务或不是一个妨碍，请勾选“否”）。

	是	否	不知道
保险问题（例如，医生不认可您的保险、您没有任何保险）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
护理费用（例如，您无力支付）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咨询师或服务机构不接受新患者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
等待时间太长	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
对医疗机构、顾问、医生或医院感到恐惧或厌恶；医生、医疗机构或办公室工作人员态度恶劣；感到不受欢迎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不能请假去看病 - 拿不到工资或会失去工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
语言问题（例如，难以与医疗机构或办公室工作人员交流）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
残疾人无法获得的服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
交通问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
儿童保育问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
健康信息泄露	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
由于移民身份而产生的不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
获得这些服务感到羞耻/害羞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
害怕被强行送进医院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
担心我的工作单位/雇主会发现	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他一些问题使您/家庭成员无法得到治疗或护理（请注明）： _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**如果您关爱的人需帮助，请参阅以下资源：**

**New Jersey Hopeline** - 为处于情绪困扰或自杀危机的任何人提供支持并且保密。请发送短信或致电 988

**ReachNJ** - 获取物质使用障碍方面的帮助。请致电 844-732-2465

**F 部分：用自己的话来表达**

**30. 请使用以下空白区域对先前提到的主题或本调查中未提及的与健康有关的、您认为在规划卫生和社区服务时很重要的主题进行阐述。**

---



---



---

## G 部分：其他背景信息

**\*\*以下为人口统计学问题，仅用于本研究分析之目的，信息完全保密。**

### 31. 哪一项最准确地描述了您的性别？

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 女     | <input type="checkbox"/> 非二元性别/酷儿（既不限于男性也不限于女性） |
| <input type="checkbox"/> 男     | <input type="checkbox"/> 无性别者/我不认同任何性别          |
| <input type="checkbox"/> 跨性别女性 | <input type="checkbox"/> 其他性别类别（请注明）： _____     |
| <input type="checkbox"/> 跨性别男性 | <input type="checkbox"/> 不愿回答                   |

### 32. 哪一项最准确地描述了您的性取向？

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 异性恋        | <input type="checkbox"/> 我不确定               |
| <input type="checkbox"/> 同性恋        | <input type="checkbox"/> 其他性别类别（请注明）： _____ |
| <input type="checkbox"/> 双性恋、泛性恋或酷儿 | <input type="checkbox"/> 不愿回答               |
| <input type="checkbox"/> 无性恋        |   |

### 33. 哪一项最准确地描述了您的家庭税前年收入？ 家庭收入是指在过去一年中，您家中所有人的收入（例如，工资收入、收到的赡养费等）总和。

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$10,000 以下         | <input type="checkbox"/> \$35,000 至 \$49,999   | <input type="checkbox"/> \$150,000 至 \$199,999 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 至 \$14,999 | <input type="checkbox"/> \$50,000 至 \$74,999   | <input type="checkbox"/> \$200,000 及以上         |
| <input type="checkbox"/> \$15,000 至 \$24,999 | <input type="checkbox"/> \$75,000 至 \$99,999   | <input type="checkbox"/> 不愿回答                  |
| <input type="checkbox"/> \$25,000 至 \$34,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 至 \$149,999 |  |

### 34. 以下哪一项最准确地描述了您的婚姻状况？

- |                                   |                                       |                               |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 单身       | <input type="checkbox"/> 已婚           | <input type="checkbox"/> 不愿回答 |
| <input type="checkbox"/> 分居/离婚/丧偶 | <input type="checkbox"/> 同居关系/伴侣关系/同居 |                               |

### 35. 您出生在美国吗？

- 是（请跳转到问题 36）
- 否（请回答问题 35a） →
- 不愿回答

### 35a. 如果否，您在本国住了多久？

- 1 年以下
- 1-4 年
- 5-9 年
- 10 年或更久，但不是我的一生
- 我几乎一生都住在美国
- 不愿回答

### 36. 您家主要说哪种语言？（请勾选所有适用项）。

- |                                |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 英语    | <input type="checkbox"/> 阿拉伯语      |
| <input type="checkbox"/> 西班牙语  | <input type="checkbox"/> 塔加拉族语     |
| <input type="checkbox"/> 葡萄牙语  | <input type="checkbox"/> 意大利语      |
| <input type="checkbox"/> 印度语   | <input type="checkbox"/> 波兰语       |
| <input type="checkbox"/> 古吉拉特语 | <input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语   |
| <input type="checkbox"/> 普通话   | <input type="checkbox"/> 意第绪语      |
| <input type="checkbox"/> 粤语    | <input type="checkbox"/> 其他： _____ |
| <input type="checkbox"/> 韩语    | <input type="checkbox"/> 不愿回答      |

\*\*\*\*\*

**我们的调查到此结束。感谢您抽出宝贵时间参与其中。我们对此深表谢意。**