

परिचय

2024-2025 सामुदायिक स्वास्थ्य जरूरतों के आंकलन के एक बड़े हिस्से के रूप में, RWJBarnabas Health System - हमारे स्वास्थ्य समझौते के सहयोगियों (Mercer, Middlesex, Somerset), St. Peter's University Hospital, Capital Health, Lawrence Rehabilitation and Healthcare Center, स्थानीय स्वास्थ्य केन्द्रों, काउंटी और स्थानीय स्वास्थ्य विभागों, और सामुदायिक संगठनों की मदद से - समुदाय और उसमें रहने वालों की जरूरतों और ताकतों के बारे में अधिक जानने के लिए एक सर्वे कर रहा है। यह जानकारी आने वाले समय में सेवाओं और कार्यक्रमों को दिशा प्रदान करेगी और संगठनों के बीच और अच्छा तालमेल बैठाने के लिए उपयोग की जाएगी।

इस सर्वे में भाग लेना **आपकी मर्जी है**, और आपकी प्रतिक्रियाएं **गुप्त रहेंगी**। आपसे आपका नाम, पते या कोई ऐसी अन्य जानकारी नहीं मांगी जाएगी जिससे आपकी पहचान हो सके। यह सर्वे पूरा होने में लगभग 15 मिनट का समय लगेगा। आपके जवाबों से यह पक्का करने में मदद मिलेगी कि आने वाले समय की योजनाएं विभिन्न समुदायों और निवासियों की जरूरतों को पूरा करें। यदि इस प्रयास के बारे में आप कोई सवाल पूछना या सुझाव देना चाहते हैं, तो कृपया यहाँ संपर्क करें BHPlanningDept@rwjbh.org। आइए आपके समुदाय की सेहत के भविष्य को मिल-जुलकर आकार दें!

भाग A: पृष्ठभूमि की जानकारी - आप और आपका समुदाय

1. आपका ज़िप कोड क्या है? _____ (कृपया 5 अंकों का नंबर लिखें।)

2. आप किस शहर या नगर में रहते हैं? _____

3. आप इस इलाके में कितने समय से रह रहे हैं?

- 1 साल से कम → यदि 1 साल से कम, तो आपके पिछले पते का ज़िप कोड क्या था? _____
- 1-4 साल
- 5-9 साल
- 10-19 साल
- 20+ साल

**** निम्नलिखित जनसांख्यिकीय सवाल केवल इस अध्ययन के विश्लेषण के लिए हैं और पूरी तरह से गोपनीय रखे जाते हैं।**

4. आप किस साल में पैदा हुए थे? _____

5. आपकी जातीय या नस्लीय पृष्ठभूमि क्या है? (जो लागू है उन सभी पर निशान लगाएं)।

- ब्लैक या अफ्रीकी अमेरिकी (जैसे, अफ्रीकी अमेरिकी, हैती के, जमैका के, नाइजीरिया के, इथियोपिया के निवासी)
- लातीनी अमेरिकी या कैरेबियन मूल के हिस्पैनिक (जैसे कि, प्यूर्टो रिको, क्यूबा, डोमिनिक के निवासी)
- लातीनी अमेरिकी या मैक्सिकन या मध्य या दक्षिण अमेरिकी मूल के हिस्पैनिक (उदाहरण के लिए, मैक्सिको, साल्वाडोर, ब्राज़ील, कोलंबिया के निवासी)
- पूर्वी एशियाई (जैसे, चीनी, जापानी, कोरियाई, फिलिपिनो, वियतनामी)
- दक्षिण एशियाई (जैसे, भारतीय, पाकिस्तानी, बांग्लादेशी, नेपाली)
- मध्य पूर्वी/उत्तर अफ्रीकी/अरब (जैसे, मिस्र, मोरक्को, जॉर्डन, सीरिया के निवासी)
- श्वेत/यूरोपीय अमेरिकी (जैसे, जर्मन, आयरिश, अंग्रेजी, इतालवी, पोलिश)
- अमेरिकी भारतीय/मूल अमेरिकी (उदाहरण के लिए, नैटीकोक लेनी-लेनेप, पॉवहटन रेनेप, रामापो)
- हवाईयन मूल निवासी या अन्य प्रशांत द्वीपवासी (जैसे हवाई, समोआ वासी)
- अन्य (कृपया बताएं): _____
- उत्तर नहीं देना चाहते

6. आपने कौन सी सबसे बड़ी शिक्षा पूरी की है?

- हाई स्कूल से कम
- थोड़ा हाई स्कूल
- हाई स्कूल ग्रेजुएट या GED
- थोड़ी कॉलेज शिक्षा
- एसोसिएट या तकनीकी डिग्री/प्रमाणन
- कॉलेज ग्रेजुएट
- पोस्ट ग्रेजुएट या व्यावसायिक डिग्री
- उत्तर नहीं देना चाहते

भाग B: सामुदायिक प्राथमिकताएं, अच्छाइयाँ, और चुनौतियां

7. आपकी राय में, कुल मिला कर आपके समुदाय में सेहत के सबसे बड़े 3 मसले या चिंताएं क्या हैं?

(कृपया केवल 3 चुनें।)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> अस्थमा <input type="checkbox"/> कैंसर <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> हृदय रोग <input type="checkbox"/> फेफड़ों की बीमारी (जैसे, COPD, वातस्फीति) <input type="checkbox"/> अधिक वजन/मोटापा <input type="checkbox"/> बुढ़ापे से जुड़ी सेहत की चिंताएँ (जैसे, अलजाइमर, गिरना) <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य संबंधी समस्याएं (जैसे, अवसाद, एंगजायटी, आत्महत्या) <input type="checkbox"/> शराब का सेवन, दुरुपयोग, या अधिक मात्रा में सेवन <input type="checkbox"/> धूम्रपान, वेपिंग, या तंबाकू चबाना <input type="checkbox"/> नशीले पदार्थों का उपयोग, दुरुपयोग, या अधिक मात्रा में सेवन (उदाहरण के लिए, ओपिऑइड, हेरोइन, प्रिस्क्रिप्शन दवाओं का दुरुपयोग, मरिहुआना) <input type="checkbox"/> उच्च तनाव वाली जीवनशैली <input type="checkbox"/> संक्रामक या छूत के रोग (जैसे, निमोनिया, COVID, फ्लू) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> यौन संचारित संक्रमण (STIs) (जैसे, क्लैमाइडिया, HIV/AIDS) <input type="checkbox"/> किशोर उम्र में गर्भावस्था <input type="checkbox"/> हिंसा और सामुदायिक सुरक्षा (जैसे, बंदूक हिंसा, घरेलू दुर्व्यवहार) <input type="checkbox"/> अनजाने में लगी चोटें (जैसे, कार दुर्घटनाएं, डूबना) <input type="checkbox"/> पर्याप्त स्वास्थ्य एवं सामाजिक सेवाएं उपलब्ध होना जिनका लोग उपयोग कर सकें <input type="checkbox"/> जातिवाद और भेदभाव <input type="checkbox"/> ऐसे घर जो लोग ले सकें <input type="checkbox"/> भूख या ऐसा पौष्टिक खाना होना जिसे लोग खरीद सकें <input type="checkbox"/> पर्याप्त एवं गुणवत्तापूर्ण शिक्षा <input type="checkbox"/> गरीबी / नौकरी के अवसर <input type="checkbox"/> कोई अन्य मुद्दा या चिंता जो इस सूची में नहीं है (बताएं): <hr/> <p><input type="checkbox"/> पता नहीं</p> |
|---|--|

8. आपकी राय में, आपके समुदाय में बच्चों और युवाओं के बीच सबसे बड़े 3 सेहत के मसले या चिंताएँ क्या हैं?

(कृपया केवल 3 चुनें।)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> अस्थमा <input type="checkbox"/> बचपन में कैंसर <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> अधिक वजन/मोटापा <input type="checkbox"/> दादागिरी <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य संबंधी समस्याएं (जैसे, अवसाद, एंगजायटी, आत्महत्या) <input type="checkbox"/> शराब का सेवन, दुरुपयोग, या अधिक मात्रा में सेवन <input type="checkbox"/> धूम्रपान, वेपिंग, या तंबाकू चबाना <input type="checkbox"/> नशीले पदार्थों का उपयोग, दुरुपयोग, या अधिक मात्रा में सेवन (उदाहरण के लिए, ओपिऑइड, हेरोइन, प्रिस्क्रिप्शन दवाओं का दुरुपयोग, मारिजुआना) <input type="checkbox"/> उच्च तनाव वाली जीवनशैली <input type="checkbox"/> संक्रामक या छूत के रोग (जैसे, निमोनिया, COVID, फ्लू) <input type="checkbox"/> यौन संचारित संक्रमण (STIs) (जैसे, क्लैमाइडिया, HIV/AIDS) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> किशोर उम्र में गर्भावस्था <input type="checkbox"/> बाल शोषण और उपेक्षा <input type="checkbox"/> हिंसा और सामुदायिक सुरक्षा (जैसे, बंदूक हिंसा, स्कूल हिंसा, गिरोह बंदी) <input type="checkbox"/> अनजाने में लगी चोटें (जैसे, कार दुर्घटनाएं, डूबना) <input type="checkbox"/> पर्याप्त स्वास्थ्य एवं सामाजिक सेवाएं उपलब्ध होना जिनका बच्चे या युवा उपयोग कर सकें <input type="checkbox"/> जातिवाद और भेदभाव <input type="checkbox"/> घर जो लोग ले सकें <input type="checkbox"/> भूख या पौष्टिक भोजन जो लोग खरीद सकें <input type="checkbox"/> पर्याप्त एवं गुणवत्तापूर्ण शिक्षा <input type="checkbox"/> गरीबी / नौकरी के अवसर <input type="checkbox"/> कोई अन्य मुद्दा या चिंता जो इस सूची में नहीं है (बताएं): <hr/> <p><input type="checkbox"/> पता नहीं</p> |
|--|--|

9. नीचे दिए गए स्केल का उपयोग करते हुए, कृपया बताएं कि आप समुदाय के बारे में नीचे दी गई बातों से कितना सहमत हैं

(कथन को सही मानते हैं) या असहमत हैं (कथन को गलत मानते हैं)। (कृपया प्रति कथन केवल एक विकल्प चुनें।)

	पूरी तरह असहमत	असहमत	न तो सहमत न असहमत	सहमत	पूरी तरह सहमत	पता नहीं
a. मेरे समुदाय में टहलने और खेलने के लिए सुरक्षित खुले स्थान हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. मेरे समुदाय में स्वस्थ जीवन शैली जीना आसान है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. मेरा समुदाय परिवार बढ़ाने के लिए एक अच्छी जगह है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	पूरी तरह असहमत	असहमत	न तो सहमत न असहमत	सहमत	पूरी तरह सहमत	पता नहीं
d. मेरे समुदाय में वयस्कों को शैक्षिक अवसर मिलते हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. मेरे समुदाय में सभी के लिए मिलने-जुलने के स्थान हैं (जैसे कि, पुस्तकालय, चर्च, स्थानीय क्लब, बुजुर्ग बैठकें)।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. मेरे समुदाय के स्कूलों में बच्चों को पौष्टिक भोजन दिया जाता है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. जहां मुझे नियमित जाना होता है (जैसे, काम पर, सुपरमार्केट, डॉक्टर के अपॉइंटमेंट, आदि) वहां जाने के लिए सार्वजनिक परिवहन लेना मेरे लिए आसान होगा।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. मेरे समुदाय में बुजुर्गों और विकलांग लोगों के लिए परिवहन सेवाएं हैं (उदाहरण के लिए, सुपरमार्केट, शॉपिंग सेंटर आदि तक जाने के लिए)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. मेरे क्षेत्र में रोजगार के अवसर हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. अगर मुझे अपना या अपने परिवार का पेट भरने में मदद की जरूरत हुई, तो मुझे पता होगा कि मदद के लिए किन सेवाओं पर जाना है (जैसे, फूड बैंक, फूड पैंट्री, आदि)।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. मेरे समुदाय में पर्याप्त आवास व्यवस्था है जिनका खर्च मैं वहन कर सकता हूं जो सुरक्षित हैं और उनका अच्छी तरह से रखरखाव किया गया है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. मेरे पड़ोस में, हिंसा, जैसे कि मारपीट, गिरोहबंदी गतिविधियाँ, चोरी या हमले बहुत अधिक नहीं होते हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. मेरे समुदाय में, परिवारों के भीतर गाली-गलौज, बुजुर्गों के साथ दुर्व्यवहार, या व्यक्तिगत रूप से या ऑनलाइन दादागिरी जैसे लोगों के बीच हिंसा की बहुत कम घटनाएं ही होती हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. मेरे समुदाय के लोग भोजन, आवास और परिवहन जैसी बुनियादी जरूरतों का खर्च वहन कर सकते हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. क्या आप इस बात को लेकर चिंतित या परेशान हैं कि अगले 2 महीनों में आपके पास शायद कोई ऐसा स्थाई आवास न हो जिसके आप मालिक हों, जिसे आपने किराए पर लिया हो या उसके एक हिस्से में रहते हों?

हाँ नहीं

11. कितनी बार आप आने-जाने का साधन ना होने के कारण वहाँ नहीं जा पाते जहां आपको जाना होता है?

बहुत कम बार या कभी-कभार महीने में करीब एक बार सप्ताह में एक या ज़्यादा बार
 एक साल में कई बार महीने में एक से ज़्यादा बार

12. कृपया निम्नलिखित कथनों को पढ़ें जो लोगों ने अपने भोजन की स्थिति के बारे में दिए हैं। प्रत्येक के लिए, चुनें कि आपके परिवार के लिए वह कथन पिछले 12 महीने में कितना सही था।

	अक्सर सही	कभी-कभी सही	कभी सही नहीं
a. हमें चिंता होती थी कि कहीं खरीदने के लिए पैसे मिलने से पहले ही हमारा भोजन खत्म न हो जाए।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. हमने जो भोजन खरीदा है वह पूरा नहीं पड़ा और हमारे पास और भोजन खरीदने के लिए पैसे नहीं थे	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. हम अपने घर के खर्च की पूर्ति के लिए सामुदायिक सपर प्रोग्राम, फूड पैंट्री, या भोजन सहायता कार्यक्रम पर निर्भर होते हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. पिछले 12 महीनों में, क्या आपको निम्नलिखित में से किसी में मदद के लिए किसी संगठन या सरकारी कार्यक्रम से मुफ्त या कम लागत वाली सहायता मिली है? (कृपया उन सभी पर निशान लगाएं जो लागू होते हैं।)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> परिवहन | <input type="checkbox"/> बच्चों की देखभाल | <input type="checkbox"/> आप्रवासन मुद्दे |
| <input type="checkbox"/> उपयोगिता बिल | <input type="checkbox"/> आवास | <input type="checkbox"/> कानूनी मुद्दे |
| <input type="checkbox"/> शिक्षा | <input type="checkbox"/> नौकरी की तलाश या प्रशिक्षण | <input type="checkbox"/> सहायता नहीं मिली है |
| <input type="checkbox"/> भोजन (जैसे, SNAP) | <input type="checkbox"/> बुजुर्गों या विकलांगों की देखभाल | <input type="checkbox"/> उत्तर देना नहीं चाहते/नहीं जानते |
| <input type="checkbox"/> दवाएं | <input type="checkbox"/> अनुवाद/व्याख्या | |

भाग C: स्वास्थ्य स्थिति एवं हालात

14. आप अपनी पूरी सेहत का वर्णन कैसे करेंगे?

- उत्कृष्ट बहुत अच्छी अच्छी संतोषजनक खराब

15. क्या आपको कभी किसी डॉक्टर या अन्य स्वास्थ्य पेशेवर ने बताया है कि आपको निम्नलिखित में से कोई समस्या है?

प्रश्न 15a के हर "हाँ" जवाब के लिए, कृपया 15b में इसका जवाब दें: क्या आप इस परेशानी के लिए फिलहाल देखभाल प्राप्त कर रहे हैं? *रिमाइंडर: इस सर्वेक्षण में भाग लेना आपकी मर्जी है, और आपकी प्रतिक्रियाएं गुप्त रहेंगी। आपसे आपका नाम, पता या कोई अन्य जानकारी नहीं मांगी जाएगी जिससे आपकी पहचान हो सके।

	15a. क्या आपको किसी प्रदाता ने कहा है कि आपको....है?		15b. यदि हाँ, तो फिलहाल मेडिकल देखभाल मिल रही है?	
	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
हृदय की स्थिति	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
बढ़ा हुआ कोलेस्ट्रॉल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मधुमेह	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
गुर्दे की बीमारी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
स्ट्रोक	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कैंसर (किसी प्रकार का)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अस्थमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
फेफड़ों की बीमारी (जैसे, COPD, वातस्फीति)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अलजाइमर या डिमेंशिया	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
वजन की समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सुनने में समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
शारीरिक अपंगता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अवसाद या चिंता की समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मादक द्रव्यों के सेवन की समस्याएं (ड्रग या शराब)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
धूम्रपान या वेपिंग की लत	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. कृपया चुनें कि क्या निम्नलिखित में से कोई कारण आपको ऐसे खाद्य पदार्थ खाने से रोकता है जो पौष्टिक आहार का हिस्सा हैं। (जो लागू हैं उन सभी पर निशान लगाएं।)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> पौष्टिक भोजन खरीदने या बनाने के लिए समय की कमी | <input type="checkbox"/> भोजन बनाने के लिए उपकरणों की कमी (जैसे, चालू स्टोव, बर्तन) |
| <input type="checkbox"/> पौष्टिक भोजन प्राप्त करने के लिए परिवहन साधन | <input type="checkbox"/> पौष्टिक भोजन का स्वाद पसंद नहीं आता या उस से पेट नहीं भरता |
| <input type="checkbox"/> यह हमेशा नहीं पता होता कि कौन सी खाने की चीजें पौष्टिक आहार का हिस्सा हैं | <input type="checkbox"/> पौष्टिक भोजन खाने के मूड में नहीं हूँ |
| <input type="checkbox"/> नहीं पता कि पौष्टिक भोजन कैसे खरीदें या बनाएं | <input type="checkbox"/> अन्य (कृपया बताएं): _____ |
| <input type="checkbox"/> पौष्टिक खाने की वस्तुओं की कीमत / पौष्टिक खाने की वस्तुओं की लागत बहुत अधिक है | <input type="checkbox"/> पौष्टिक भोजन ना खाने के मेरे पास कोई कारण नहीं हैं |
| <input type="checkbox"/> पौष्टिक भोजन खरीदने या बनाने में शारीरिक अक्षमता | |

17. अपनी नियमित नौकरी के अलावा, पिछले महीने के दौरान, क्या आपने किसी शारीरिक गतिविधि या व्यायाम जैसे टहलना, दौड़ना, बाइक चलाना, नृत्य, खेल या किसी अन्य ऐसी गतिविधि में भाग लिया?

- हाँ नहीं उत्तर देना नहीं चाहते

18. क्या आपका 18 साल से कम उम्र का कोई बच्चा है जो घर पर आपके साथ रहता है या जिसकी नियमित जिम्मेदारी आपकी है?

- हाँ नहीं
- 18a. यदि हाँ, तो पिछले 7 दिनों के दौरान, आपका बच्चा कितने दिन प्रतिदिन कम से कम 60 मिनट तक शारीरिक रूप से सक्रिय था? (संख्या 0-7 तक बताएं): यदि आपके 1 से अधिक बच्चे हैं, तो इसे कृपया अधिकतम 3 बच्चों के लिए भरें।

बच्चा 1: _____ बच्चा 2: _____ बच्चा 3: _____

19. क्या आपने निम्नलिखित स्क्रीनिंग, सेवा या कार्यक्रम में से किसी में पिछले 2 साल में भाग लिया है?

	हाँ	नहीं	पता नहीं
वार्षिक शारीरिक जाँच या चेक अप	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दांतों की स्क्रीनिंग या चेक अप (जैसे, एक्स-रे, सफाई)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मानसिक स्वास्थ्य परामर्श का कोई भी रूप (जैसे, अवसाद, चिंता के लिए)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
किसी प्रकार की शराब या नशीली दवाओं/पदार्थों के उपयोग से संबंधित परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
धूम्रपान/ वेपिंग बंद करने का कार्यक्रम	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पोषण शिक्षा का कोई रूप	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
हृदय रोग शिक्षा का कोई रूप	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पेरेंटिंग क्लासेस	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
फ्लू का टीका	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COVID शॉट या बूस्टर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कोलेस्ट्रॉल की जांच	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
रक्तचाप की जांच	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
डायबिटीज की जांच या ब्लड शुगर की जांच	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आँखों की जांच	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सुनने की जांच	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मैमोग्राम या स्तन की जांच	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कोलन कैंसर जांच (जैसे कि, कोलोनोस्कोपी, फिकल ओकल्ट ब्लड टेस्ट)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
प्रोस्टेट कैंसर जांच	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
त्वचा कैंसर जांच	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

भाग D: स्वास्थ्य सेवा तक पहुंच और देखभाल में बाधाएं

20. आपके पास किस तरह का स्वास्थ्य बीमा है

- मेडीकेयर किसी अन्य प्रकार का स्वास्थ्य बीमा (बताएं: _____)
- मेडीकेड /NJ फॅमिलीकेयर कोई स्वास्थ्य बीमा नहीं है
- निजी/स्वास्थ्य बीमा जिसके लिए आप और/या आपका नियोक्ता भुगतान करते हैं (जैसे, Aetna, Humana, Blue Cross Blue Shield, आदि) उत्तर देना नहीं चाहते

21. पिछले 2 साल में यदि कोई है, तो इनमें से किस मसले के कारण आपको या परिवार के किसी सदस्य को ज़रूरत पड़ने पर चिकित्सा उपचार या देखभाल प्राप्त करना मुश्किल हो गया था? (“हाँ” पर निशान लगाएं, यदि आपके या आपके परिवार के लिए इस मसले की वजह से यह कठिन हो गया था / एक समस्या बन गई थी और “नहीं” पर निशान लगाएं यदि इस मसले की वजह से चिकित्सा उपचार या देखभाल पाने में कठिनाई नहीं हुई या यह कोई समस्या नहीं थी।
*याद रखें: इस सर्वेक्षण में भाग लेना आपकी मज़्जी है, और आपकी प्रतिक्रियाएं गुप्त रहेंगी। आपसे आपका नाम, पता या कोई अन्य जानकारी नहीं मांगी जाएगी जिससे आपकी पहचान हो सके। <

	हाँ	नहीं	पता नहीं
बीमा संबंधी समस्याएं (जैसे, डॉक्टर आपका बीमा नहीं लेते, आपके पास कोई बीमा नहीं है)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
देखभाल की लागत (उदाहरण के लिए, आप भुगतान करने में असमर्थ थे, सह-भुगतान (को-पे) बहुत अधिक है)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
डॉक्टर नये मरीज नहीं ले रहे हैं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
डॉक्टर के कार्यालय या क्लिनिक में प्रतीक्षा का समय बहुत लंबा है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दिन/शाम/सप्ताहांत के सुविधाजनक समय पर अपॉइंटमेंट मिलना कठिन होता है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
डॉक्टरों या अस्पतालों से डर या नापसंदगी; रूखे बर्ताव वाले डॉक्टर, प्रदाता, या ऑफिस स्टाफ; स्वागत महसूस नहीं होता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
देखभाल के लिए समय नहीं निकाल पाते - वेतन नहीं मिलेगा या नौकरी चली जाएगी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
देखभाल खोज पाने में असमर्थ; पता नहीं देखभाल के लिए कहा जायें	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
भाषा संबंधी समस्याएं (जैसे, स्वास्थ्य प्रदाता या ऑफिस के स्टाफ से बात करना कठिन)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सेवाएं विकलांग लोगों के लिए सुलभ नहीं हैं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
परिवहन समस्याएं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
बच्चों की देखभाल की समस्याएं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
स्वास्थ्य संबंधी जानकारी गोपनीय नहीं रखी जाती	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आप्रवासन स्थिति के कारण डर लगता है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कोई अन्य समस्या जिसके कारण आपको/घर के परिवार के सदस्य को चिकित्सा उपचार या देखभाल प्राप्त करने में रुकावट आती है (बताएं:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. चिकित्सा देखभाल प्राप्त करने का प्रयास करते समय, आपने कितनी बार निम्नलिखित विशेषताओं के आधार पर व्यक्तिगत रूप से भेदभाव महसूस किया है:

	कई बार	कभी-कभी	कभी नहीं
नस्ल या जातीयता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सांस्कृतिक या धार्मिक पृष्ठभूमि	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
भाषा या बोली	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
उम्र	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आय का स्तर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
शरीर का आकार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
यौन अभिविन्यास	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
लिंग या लैंगिक पहचान	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
शारीरिक या मानसिक विकलांगता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. यदि अपनी सेहत के बारे में आपके मन में कोई सवाल है या आपको जानकारी की ज़रूरत हो, तो आप सलाह लेने के लिए कहाँ जायेंगे? (उन सभी पर निशान लगाएं जो लागू होते हों।)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> आस्था आधारित संगठन | <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता (जैसे, फिजिशियन, नर्स प्रैक्टिशनर) | <input type="checkbox"/> सोशल मीडिया संसाधन (जैसे, Facebook) |
| <input type="checkbox"/> परिवार के सदस्य | <input type="checkbox"/> अस्पताल का आपातकालीन विभाग | <input type="checkbox"/> तत्काल देखभाल (Urgent Care) |
| <input type="checkbox"/> फ्री क्लिनिक | <input type="checkbox"/> स्थानीय स्वास्थ्य विभाग | <input type="checkbox"/> मेरे लिए कोई अच्छा स्रोत नहीं है। |
| <input type="checkbox"/> दोस्त | <input type="checkbox"/> ऑनलाइन संसाधन (जैसे, WebMD) | |

24. पिछले 2 सालों में, क्या कभी ऐसा समय आया था जब आपको किसी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता या विशेषज्ञ को दिखाने की आवश्यकता थी लेकिन आप ऐसा उपलब्धता, लागत, या बीमा समस्याओं के कारण नहीं कर सके?

24a प्रश्न के हर "हाँ" जवाब के लिए कृपया प्रश्न 24b में बताएं कि आपको किसी प्रदाता या विशेषज्ञ से मिलने में क्या रुकावट थी?

	Q24a. एक विशेषज्ञ की ज़रूरत थी लेकिन Q24b में बताई गई समस्याओं की वजह से नहीं जा पाए।		Q24b. (यदि हाँ) आपको किसी प्रदाता या विशेषज्ञ को दिखाने में रुकावट किस वजह से आई? (जो लागू हो उन सभी पर निशान लगाएं)			
	हाँ	नहीं	प्रदाता उपलब्धता	लागत	बीमा समस्याएं	अन्य (बताएं)
व्यवहारिक स्वास्थ्य (जैसे व्यक्तिगत या सामूहिक परामर्श, मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं, मादक पदार्थ उपयोग विकार, आदि)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
बच्चों का स्वास्थ्य या बाल चिकित्सा (उदाहरण के लिए शिशु की देखभाल, स्वस्थ बच्चा जांच, टीकाकरण, स्कूल या खेल के लिए शारीरिक उपयुक्तता की जांच, आदि)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
कैंसर (जैसे कैंसर जांच, विकिरण, कीमोथेरेपी, कैंसर उत्तरजीविता)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
हृदय स्वास्थ्य/हृदय संबंधी समस्याएं (जैसे कोरोनरी धमनी रोग, दिल का दौरा, उच्च रक्तचाप, आदि)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
आपातकालीन/अस्पताल देखभाल (जैसे अचानक या गंभीर बीमारी, चिकित्सा आपात स्थिति, पुनर्वास, भर्ती रोगी देखभाल)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
मस्तिष्क, रीढ़ की हड्डी, या तंत्रिकाओं/न्यूरोलॉजी से संबंधित समस्याएं (जैसे अल्जाइमर, मिर्गी, MS, स्ट्रोक, आदि)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
हड्डी और मांसपेशियों की समस्याएं/आर्थोपेडिक्स (उदाहरण के लिए, टूटना और फ्रैक्चर, गठिया, जोड़ खिसकना, आदि)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
महिलाओं का स्वास्थ्य (जैसे परिवार नियोजन, स्त्री रोग, गर्भावस्था देखभाल, रजोनिवृत्ति, आदि)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
अन्य (विवरण दें): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

भाग E: मानसिक स्वास्थ्य एवं मादक पदार्थों का उपयोग

25. अब अपने मानसिक स्वास्थ्य के बारे में सोचें, जिसमें तनाव, अवसाद और भावनाओं से जुड़ी समस्याएं शामिल हैं, पिछले 30 दिनों के दौरान कितने दिनों में आपका मानसिक स्वास्थ्य ठीक नहीं था?

(कृपया 0 और 30 के बीच कोई संख्या बताएं): _____

26. पिछले 30 दिनों के दौरान, लगभग कितने दिनों तक खराब मानसिक स्वास्थ्य के कारण आपको अपनी सामान्य गतिविधियां, जैसे खुद की देखभाल, काम या मनोरंजन करने में रुकावट हुई?

(कृपया 0 और 30 के बीच कोई संख्या बताएं): _____

27. पिछले दो सालों में, क्या कोई समय ऐसा भी था जब आपको या आपके घर में किसी को मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं, जैसे बहुत उदास होना, चिंतित होना, या अन्य भावनात्मक चिंताओं, के कारण मदद की ज़रूरत थी, लेकिन आवश्यक देखभाल नहीं मिल सकी?

- हाँ, मुझे/मेरे परिवार के सदस्य को मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं और/या उपचार की आवश्यकता थी लेकिन वह नहीं मिल सकी
- नहीं, मुझे/मेरे परिवार के सदस्य को मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं और/या उपचार की आवश्यकता थी और हम उन्हें पाने में सक्षम थे
- नहीं, मुझे/मेरे परिवार के सदस्य को मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं और/या उपचार की आवश्यकता नहीं थी
- उत्तर देना नहीं चाहते/नहीं जानते

28. पिछले दो सालों में, क्या कोई समय ऐसा भी था जब आपको या आपके घर में किसी को ड्रग्स या शराब के सेवन से जुड़ी समस्याओं के कारण मदद की ज़रूरत थी, लेकिन आवश्यक सहायता नहीं मिल सकी?

- हाँ, मुझे/मेरे परिवार के सदस्य को मादक पदार्थ सेवन सेवाओं और/या उपचार की आवश्यकता थी, लेकिन वह नहीं मिल सकी
- नहीं, मुझे/मेरे परिवार के सदस्य को मादक पदार्थ सेवन सेवाओं और/या उपचार की आवश्यकता थी और हम उन्हें पाने में सक्षम थे
- नहीं, मुझे/मेरे परिवार के सदस्य को मादक पदार्थ सेवन सेवाओं और/या उपचार की आवश्यकता नहीं थी
- उत्तर देना नहीं चाहते/नहीं जानते

यदि आप या आपके परिवार के किसी सदस्य को पिछले 2 साल के भीतर मानसिक स्वास्थ्य या मादक पदार्थ सेवन सेवाओं की जरूरत नहीं पड़ी है, तो कृपया सीधे भाग F, प्रश्न 30 पर जाएं।

29. पिछले 2 सालों में, यदि कोई थी, तो इनमें से किस मसले के कारण आपको या परिवार के किसी सदस्य को मानसिक स्वास्थ्य या मादक पदार्थों के उपयोग की सेवाएँ और/या उपचार आवश्यकता पड़ने पर प्राप्त करना कठिन हो गया था? (“हाँ” पर निशान लगाएं, यदि आपके या आपके परिवार के लिए इस मसले की वजह से यह कठिन हो गया था / एक समस्या बन गई थी और “नहीं” पर निशान लगाएं यदि इस से कोई कठिनाई नहीं हुई या यह कोई समस्या नहीं थी।)

	हाँ	नहीं	पता नहीं
बीमा संबंधी समस्याएं (जैसे, डॉक्टर आपका बीमा नहीं लेते, आपके पास कोई बीमा नहीं है)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
देखभाल की लागत (जैसे कि, आप भुगतान करने में असमर्थ थे)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
परामर्शदाता या सेवाएं नए रोगियों को नहीं ले रहे थे	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
प्रतीक्षा समय बहुत लंबा था	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
प्रदाताओं, परामर्शदाताओं, डॉक्टरों या अस्पतालों से डर या नापसंदगी; रूखे स्वभाव के डॉक्टर, प्रदाता, या ऑफिस स्टाफ; स्वागत महसूस नहीं होता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
देखभाल के लिए समय नहीं निकाल पाता - वेतन नहीं मिलेगा या नौकरी चली जाएगी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
भाषा संबंधी समस्याएं (जैसे, स्वास्थ्य प्रदाता या कार्यालय कर्मचारियों से बात करना कठिन)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सेवाएं विकलांग लोगों के लिए सुलभ नहीं हैं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
परिवहन समस्याएं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
बच्चों की देखभाल की समस्याएं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
स्वास्थ्य संबंधी जानकारी गोपनीय नहीं रखी जाती	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आप्रवासन स्थिति के कारण डर लगता है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
इस प्रकार की सेवाएँ प्राप्त करना कलंक / शर्म की बात है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अपनी इच्छा के विरुद्ध अस्पताल में भर्ती होने का डर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
डर कि मेरे काम/नियोक्ता को पता चल जाएगा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कोई अन्य समस्याएं जिनके कारण आपको/घर के सदस्य को इलाज या देखभाल नहीं मिल सका (बताएं): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

यदि आप ऐसे व्यक्ति हैं जिनके किसी परिजन को सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया नीचे दिए गए संसाधन देखें:

New Jersey होपलाइन - भावनात्मक परेशानी या आत्महत्या की संभावना वाले किसी भी व्यक्ति के लिए गोपनीय सहयोग। 988 पर टेक्स्ट या कॉल करें

ReachNJ - नशीले पदार्थों का सेवन करने के विकार में सहयोग के लिए। 844-732-2465 पर कॉल करें

भाग F: अपने खुद के शब्दों में

30. पहले उल्लिखित किसी विषय या किसी महत्वपूर्ण स्वास्थ्य-संबंधी विषय, जिसे आप स्वास्थ्य और सामुदायिक सेवाओं की योजना बनाते समय महत्वपूर्ण मानते हैं, लेकिन जिसका इस सर्वे में उल्लेख नहीं किया गया था, उन्हें विस्तार से लिखने के लिए, नीचे दिए गए स्थान का उपयोग करें।

भाग G: अतिरिक्त पृष्ठभूमि जानकारी

****निम्नलिखित जनसांख्यिकीय प्रश्न केवल इस अध्ययन के विश्लेषण के लिए हैं और पूरी तरह से गोपनीय रखे जाते हैं।**

31. कौन सा आपके लिंग का सबसे सटीक वर्णन करता है?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> महिला | <input type="checkbox"/> नॉन-बाइनरी / समलैंगिक (न तो पूर्ण पुरुष न महिला) |
| <input type="checkbox"/> पुरुष | <input type="checkbox"/> कोई लिंग नहीं/मेरी पहचान किसी भी लिंग से नहीं होती |
| <input type="checkbox"/> ट्रांसजेंडर महिला | <input type="checkbox"/> अतिरिक्त लिंग श्रेणी (कृपया बताएं): _____ |
| <input type="checkbox"/> ट्रांसजेंडर पुरुष | <input type="checkbox"/> उत्तर देना नहीं चाहते |

32. क्या आपके यौन रुझान का सबसे सटीक वर्णन करता है?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> सीधा या विषमलैंगिक | <input type="checkbox"/> मुझे पक्का नहीं पता |
| <input type="checkbox"/> समलैंगिक या लेस्बियन | <input type="checkbox"/> अतिरिक्त श्रेणी (कृपया बताएं): _____ |
| <input type="checkbox"/> उभयलिंगी, पैनसेक्सुअल, या क्वीयर | <input type="checkbox"/> उत्तर देना नहीं चाहते |
| <input type="checkbox"/> अलैंगिक | |

33. क्या आपके परिवार की वार्षिक करों से पहले की आय का सबसे सटीक वर्णन करता है?

परिवार की आय पिछले साल आपके घर में रहने वाले सभी लोगों द्वारा अर्जित कुल धन है (उदाहरण के लिए, अर्जित आय, प्राप्त गुजारा भत्ता, आदि)।

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> \$10,000 से कम | <input type="checkbox"/> \$35,000 से \$49,999 | <input type="checkbox"/> \$150,000 से \$199,999 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 से \$14,999 | <input type="checkbox"/> \$50,000 से \$74,999 | <input type="checkbox"/> \$200,000 या अधिक |
| <input type="checkbox"/> \$15,000 से \$24,999 | <input type="checkbox"/> \$75,000 से \$99,999 | <input type="checkbox"/> उत्तर देना नहीं चाहते |
| <input type="checkbox"/> \$25,000 से \$34,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 से \$149,999 | |

34. निम्न में से क्या आपकी वैवाहिक स्थिति का सबसे अच्छा वर्णन करता है?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> अविवाहित | <input type="checkbox"/> विवाहित | <input type="checkbox"/> उत्तर देना नहीं चाहते |
| <input type="checkbox"/> अलग/तलाकशुदा/विधवा | <input type="checkbox"/> घरेलू साझेदारी/सिविल यूनियन/एक साथ रहते हैं | |

35. क्या आपका जन्म संयुक्त राज्य अमेरिका में हुआ था?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> हाँ (कृपया सीधे प्रश्न 36 पर जाएं) |
| <input type="checkbox"/> नहीं (कृपया प्रश्न 35a का उत्तर दें) → |
| <input type="checkbox"/> उत्तर देना नहीं चाहते |

35a. यदि नहीं, तो आप इस देश में कितने समय से रह रहे हैं?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1 साल से कम |
| <input type="checkbox"/> 1-4 साल |
| <input type="checkbox"/> 5-9 साल |
| <input type="checkbox"/> 10 साल या उससे अधिक से, लेकिन अपना पूरा जीवन नहीं |
| <input type="checkbox"/> मैं अपने लगभग पूरे जीवन में अमेरिका में रहा हूँ |
| <input type="checkbox"/> उत्तर देना नहीं चाहते |

36. आपके घर में बोली जाने वाली मुख्य भाषा/भाषाएं कौन सी हैं/हैं? (कृपया उन सभी पर निशान लगाएं जो लागू होते हैं।)

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> इंग्लिश | <input type="checkbox"/> अरबी |
| <input type="checkbox"/> स्पैनिश | <input type="checkbox"/> टागालोग |
| <input type="checkbox"/> पुर्तगाली | <input type="checkbox"/> इटालियन |
| <input type="checkbox"/> हिंदी | <input type="checkbox"/> पोलिश |
| <input type="checkbox"/> गुजराती | <input type="checkbox"/> हैतियन क्रेओले |
| <input type="checkbox"/> मैन्डरिन | <input type="checkbox"/> यहूदी |
| <input type="checkbox"/> कैंटोनीज़ | <input type="checkbox"/> अन्य: _____ |
| <input type="checkbox"/> कोरियाई | <input type="checkbox"/> उत्तर देना नहीं चाहते |

यहाँ हमारा सर्वे समाप्त होता है। समय देने के लिये आपका धन्यवाद। हम आपकी भागीदारी के लिए आपके बेहद शुक्रगुज़ार हैं।