

אריינפיר

אלס טייל פון א ברייטערע 2024-2025 קאמיוניטי געזונטהייט באדערפענישן אפשאצונג, טוט RWJBarnabas Health System – אין צוזאמענארבעט מיט אונזערע געזונטהייט קאאליציע שותפים (Somerset, Middlesex, Mercer), St. Peter's University Hospital, Capital Health, Lawrence Rehabilitation and Healthcare Center, לאקאלע העלט צענטערן, קאונטי און לאקאלע העלט דעפארטמענטס און קאמיוניטי ארגאניזאציעס – דורכפירן א סורוועי צו לערנען מער איבער די באדערפענישן און שטארקייטן פון די קאמיוניטי און אירע איינוואוינער. די אינפארמאציע וועט גענוצט ווערן צו ווייזן די וועג פאר צוקונפטיגע סערוויסעס און פראגראמען און פאר בעסערע קאארדינאציע צווישן ארגאניזאציעס.

אויספילן די סורוועי איז **פרייוויליג**, און אייערע ענטפערס זענען **אנאנים**. איר וועט נישט געבעטן ווערן פאר אייער נאמען, אדרעס אדער סיי וועלכע אנדערע אינפארמאציע וואס קען ארויסגעבן אייער אידענטיטעט. די סורוועי וועט נעמען אומגעפער 15 מינוט צו אויספילן. אייערע ענטפערס און געדאנקען העלפן זיכער מאכן אז צוקונפטיגע פלענער קומען נאך די פארשידענע באדערפענישן פון די קאמיוניטי און איינוואוינער. אויב איר האט סיי וועלכע פראגן אדער קאמענטארן איבער די אונטערנעמונג, פארבינדט זיך ביטע מיט BHPlanningDept@rwjhb.org. לאמיר צוזאמען אויספארעמען די צוקונפט פון געזונטהייט פאר אייער קאמיוניטי.

טייל א: הונטערגרונט אינפארמאציע - איר און אייער קאמיוניטי

1. **וואס איז אייער זיפ קאוד?** _____ (ביטע שרייבט אריין די נומער פון 5 ציפערן).

2. **וואס איז אייער שטאט (טאָון/סיטי)?** _____

3. **ווי לאנג וואוינט איר שוין אין די געגנט?**

- אונטער 1 יאר ← אויב ווייניגער פון 1 יאר, וואס איז די זיפ קאוד פון אייער פאריגע אדרעס? _____
- 1-4 יאר
- 5-9 יאר
- 10-19 יאר
- 20 יאר און מער

****די פאלגנדע פראגן איבער אייער פערזענליכע הונטערגרונט זענען בלויז פאר די אנאליז פון די שטודיע און ווערן געהאלטן פולשטענדיג אין געהיים.**

4. **אין וועלכע יאר זענט איר געבוירן געווארן?** _____

5. **וויאזוי וואלט איר געשילדערט אייער אפשטאם אדער ראסישע הונטערגרונט? (מאכט א טשעק אויף אלע וואס זענען נוגע).**

- טונקל-הויטיג אדער אפריקאנער-אמעריקאנער (צום ביישפיל אפריקאנער-אמעריקאנער, פון האיטי, דזשעמעיקע, ניגעריע, עטיאפיע)
- לאטינאָ אדער היספאנישער פון קאריביאנער אפשטאם (צום ביישפיל פון פארטא ריקא, קובא, דאמיניקאנער רעפובליק)
- לאטינאָ אדער היספאנישער פון מעקסיקאנער אדער צענטראל אדער דרום אמעריקאנער אפשטאם (צום ביישפיל פון מעקסיקא, על סאלוואדאר, בראזיל, קאלאמביע)
- מזרח אזיאנער (צום ביישפיל פון כינע, יאפאן, קארעא, פיליפינען, וויעטנאם)
- דרום אזיאנער (צום ביישפיל פון אינדיע, פאקיסטאן, באנגלאדעש, נעפאל)
- מיטל מזרח/צפון אפריקאנער/אראבער (צום ביישפיל פון מצרים, מאראקא, ירדן, סיריע)
- ווייס/איראפעאישער אמעריקאנער (צום ביישפיל פון דויטשלאנד, אירלאנד, ענגלאנד, איטאליע, פוילן)
- אמעריקאנער-אינדיאנער/רויטע אינדיאנער (צום ביישפיל נאַנטיקאָק לעני-לענאַפעי, פּאָוהעטען רענעיפּי, רעמעפּאו)
- אפשטאמיגער פון האוואי אדער אנדערע פאציפישע אינזל (צום ביישפיל פון האוואי, סאמאָוע)
- אנדערש (ביטע שרייבט ארויס): _____
- איך וויל ענדערש נישט ענטפערן

6. **וואס איז די העכסטע שטאפל פון בילדונג (ענזשוקעישען) וואס איר האט פארענדיגט?**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ווייניגער פון היי סקול | <input type="checkbox"/> אסאָסיעט אדער טעכנישע דעגרי/סערטיפיקאציע |
| <input type="checkbox"/> אביסל היי סקול | <input type="checkbox"/> גראדואירט פון קאלעדזש |
| <input type="checkbox"/> גראדואירט פון היי סקול אדער א GED | <input type="checkbox"/> בילדונג נאכן גראדואירן אדער פראפעסיאנאלע דעגרי |
| <input type="checkbox"/> אביסל קאלעדזש | <input type="checkbox"/> איך וויל ענדערש נישט ענטפערן |

7. אין אייער מיינונג, וואס זענען די העכסטע 3 געזונטהייט פראבלעמען אדער זארגן אין אייער קאמיוניטי אין אלגעמיין? (ביטע וועהלט אויס נאר 3.)

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | אינפעקציעס וואס גייען אריבער צווישן מאן און ווייב | <input type="checkbox"/> | אסטמא |
| <input type="checkbox"/> | (Sexually transmitted infections, STI) (ווי קלאמידיע, HIV/AIDS) | <input type="checkbox"/> | קענסער |
| <input type="checkbox"/> | ווערן טראגעדיג אין די צענערלינג יארן | <input type="checkbox"/> | צוקער קראנקהייט (דייעביטיס) |
| <input type="checkbox"/> | געוואלדטאטן און קאמיוניטי זיכערהייט (ווי גאן פארברעכן, אביז אין די משפחה) | <input type="checkbox"/> | הארץ קראנקהייט |
| <input type="checkbox"/> | אומוילנדע וואונדן (ווי קאר עקסידענטן, זיך דערטרינקען) | <input type="checkbox"/> | לונגען קראנקהייט (ווי COPD, עמפיזמע) |
| <input type="checkbox"/> | האבן גענוג געזונטהייט און געזעלשאפטליכע סערוויסעס וואס מענטשן קענען נוצן | <input type="checkbox"/> | איבערוואגיגקייט |
| <input type="checkbox"/> | ראסיזם און דיסקרימינאציע | <input type="checkbox"/> | עלטערע יארן-פארבינדענע געזונטהייט זארגן (ווי אלצהיימער, פאלן) |
| <input type="checkbox"/> | האזינג וואס מענטשן קענען זיך ערלויבן | <input type="checkbox"/> | ענקזייעטי, זעלבסטמארד |
| <input type="checkbox"/> | הונגער אדער האבן געזונטע עסנווארג וואס מענטשן קענען זיך ערלויבן | <input type="checkbox"/> | אלקאהאל באנוץ, מיסברויך אדער אָווערדאָז |
| <input type="checkbox"/> | צופרידנשטעלנדע חינוך/בילדונג און פון א הויכע קוואליטעט ארימקייט / דזשאב געלעגנהייטן | <input type="checkbox"/> | רויכערן, 'וועיפען' אדער קייען טאבאקא |
| <input type="checkbox"/> | אנדערע פראבלעם אדער זארג וואס איז נישט אויסגערעכנט (שרייבט ארויס): | <input type="checkbox"/> | דראג באנוץ, מיסברויך אדער אָווערדאָז (ווי אפיוידס, העראָאין, מיסברויכן פרעסקריפשען מעדיצינען, מאריכואנא) |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | גאר אנגעצויגענע לעבנס שטייגער |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | אנשטעקיגע קראנקהייטן (ווי לונגען אנטצינדונג, קאוויד, די פלו) |
| <input type="checkbox"/> | איך ווייס נישט | | |

8. אין אייער מיינונג, וואס זענען די העכסטע 3 געזונטהייט פראבלעמען אדער זארגן אין אייער קאמיוניטי פאר קינדער און יונגווארג? (ביטע וועהלט אויס נאר 3.)

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ווערן טראגעדיג אין די צענערלינג יארן | <input type="checkbox"/> | אסטמא |
| <input type="checkbox"/> | אביז און פארנאכלעסיגונג פון קינדער | <input type="checkbox"/> | קענסער אין די קינדער יארן |
| <input type="checkbox"/> | געוואלדטאטן און קאמיוניטי זיכערהייט (ווי גאן פארברעכן, געוואלדטאטן אין סקול, 'גענגס') | <input type="checkbox"/> | צוקער קראנקהייט (דייעביטיס) |
| <input type="checkbox"/> | אומוילנדע וואונדן (ווי קאר עקסידענטן, זיך דערטרינקען) | <input type="checkbox"/> | איבערוואגיגקייט |
| <input type="checkbox"/> | האבן גענוג געזונטהייט און געזעלשאפטליכע סערוויסעס וואס קינדער אדער יונגווארג קענען נוצן | <input type="checkbox"/> | ווערן געטשעפעט |
| <input type="checkbox"/> | ראסיזם און דיסקרימינאציע | <input type="checkbox"/> | גייסטישע געזונטהייט פראבלעמען (ווי דעפרעסיע, ענקזייעטי, זעלבסטמארד) |
| <input type="checkbox"/> | האזינג וואס מענטשן קענען זיך ערלויבן | <input type="checkbox"/> | אלקאהאל באנוץ, מיסברויך אדער אָווערדאָז |
| <input type="checkbox"/> | הונגער אדער האבן געזונטע עסנווארג וואס מענטשן קענען זיך ערלויבן | <input type="checkbox"/> | רויכערן, 'וועיפען' אדער קייען טאבאקא |
| <input type="checkbox"/> | צופרידנשטעלנדע חינוך/בילדונג און פון א הויכע קוואליטעט ארימקייט / דזשאב געלעגנהייטן | <input type="checkbox"/> | דראג באנוץ, מיסברויך אדער אָווערדאָז (ווי אפיוידס, העראָאין, מיסברויכן פרעסקריפשען מעדיצינען, מאריכואנא) |
| <input type="checkbox"/> | אנדערע פראבלעם אדער זארג וואס איז נישט אויסגערעכנט (שרייבט ארויס): | <input type="checkbox"/> | גאר אנגעצויגענע לעבנס שטייגער |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | אנשטעקיגע קראנקהייטן (ווי לונגען אנטצינדונג, קאוויד, די פלו) |
| <input type="checkbox"/> | איך ווייס נישט | <input type="checkbox"/> | אינפעקציעס וואס גייען אריבער צווישן מאן און ווייב |
| | | | (Sexually transmitted infections, STI) (ווי קלאמידיע, HIV/AIDS) |

9. נוצנדיג די אויסוואהלן אונטן, דייטעט ביטע אן ווי שטארק איר זענט מסכים (האלט אז די באהויפטונג איז אמת) אדער נישט מסכים (האלט אז די באהויפטונג איז פאלש) מיט די פאלגנדע באהויפטונגען איבער די קאמיוניטי. (ביטע וועהלט אויס נאר איין ענטפער פער באהויפטונג.)

שטארק נישט מסכים	נישט מסכים	נישט אהין און נישט אהער	מסכים	שטארק מסכים	איך ווייס נישט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. זענט איר באזארגט אז אין די קומענדיגע 2 חודשים וועט איר מעגליך נישט האבן קיין סטאבילע האוזינג אין אייער אייגנטום, וואס איר דינגט אדער וואו איר שטייט איין אלס טייל פון א הויזגעזונד?
 ניין יא

11. ווי אפט קענט איר נישט אנקומען וואו איר דארפט גיין ווייל איר האט נישט קיין וועג צו אנקומען אהין?

זעלטן אדער נישט אפט בערך איינמאל א חודש איינמאל א וואך אדער אפטער
 עטליכע מאל א יאר מער פון איינמאל א חודש

12. לייענט ביטע די פאלגנדע באהויפטונגען וואס מענטשן האבן געזאגט איבער זייער מצב מיט עסנווארג. פאר יעדע איינס, וועהלט אויס ווי ריכטיג די באהויפטונג איז געווען פאר אייער הויזגעזונד אין לויף פון די לעצטע 12 חודשים.

קינמאל נישט ריכטיג	צומאל ריכטיג	אפטמאל ריכטיג	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. מיר האבן זיך געזארגט אויב אונזער עסנווארג וועט אויסלויפן בעפאר מיר באקומען געלט צו איינקויפן נאך.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. די עסנווארג וואס מיר האבן געקויפט איז פשוט נישט געווען גענוג, און מיר האבן נישט געהאט קיין געלט צו באקומען נאך.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. מיר פארלאזן זיך אויף א קאמיוניטי מאלצייט פראגראם, עסנווארג שראנק אדער מאלצייט הילף פראגראם צו ערגענצן די געברויכן פון אונזער הויזגעזונד.

13. אין די פארגאנגענע 12 חודשים, האט איר באקומען אומזיסטע אדער ביליגע הילף פון אן ארגאניזאציע אדער רעגירונג פראגראם אייך צו העלפן מיט סיי וועלכע פון די פאלגנדע זאכן? (ביטע מאכט א טשעק אויף אלע וואס זענען נוגע.)

- | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | טראנספארטאציע | <input type="checkbox"/> | טשיילד קעיר (פלעי גרופס א.ד.ג.) | <input type="checkbox"/> | אימיגראציע אנגעלעגנהייטן |
| <input type="checkbox"/> | יטיליטי בילס | <input type="checkbox"/> | האזינג | <input type="checkbox"/> | לעגאלע אנגעלעגנהייטן |
| <input type="checkbox"/> | חינוך/בילדונג | <input type="checkbox"/> | דזשאב זוכעריי אדער טרענירונג | <input type="checkbox"/> | איך האב נישט באקומען קיין הילף |
| <input type="checkbox"/> | עסנווארג (ווי צום ביישפיל SNAP) | <input type="checkbox"/> | זיך אפגעבן מיט עלטערע אדער | <input type="checkbox"/> | איך וויל ענדערש נישט ענטפערן/איך ווייס נישט |
| <input type="checkbox"/> | מעדיציניען | <input type="checkbox"/> | דיסעיבלד מענטשן | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | איבערזעצונג/דאלמעטשער | <input type="checkbox"/> | |

טייל ג: געזונטהייט סטאטוס און אומשטענדן

14. וויאזוי וואלט איר געשילדערט אייער אלגעמיינע געזונטהייט צושטאנד?

- אויסגעצייכנט גאר גוט גוט נישט צו שלעכט שלעכט

15. זענט איר אמאל געזאגט געווארן דורך א דאקטאר אדער אנדערע העלט קעיר פראפעסיאנאל אז איר האט איינס פון די פאלגנדע זאכן?

פאר יעדע "יא" אין פראגע 15a, ענטפערט ביטע אין 15b: באקומט איר יעצט קעיר פאר די פראבלעם?
****דערמאנונג: אויספילן די סורועי איז פרייוויליג, און אייערע ענטפערס זענען אנאנים. איר וועט נישט געבעטן ווערן פאר אייער נאמען, אדרעס אדער סיי וועלכע אנדערע אינפארמאציע וואס קען ארויסגעבן אייער אידענטיטעט.**

15b. אויב יא, באקומט איר יעצט מעדיצינישע קעיר?		15a. זענט איר אמאל געזאגט געווארן דורך א פראפעסיאנאל אז איר האט?		
יא	ניין	יא	ניין	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הארץ פראבלעם
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הויכע בלוט דרוק
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הויכע כאלעסטעראל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	צוקער קראנקהייט (דייעביטיס)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נירן קראנקהייט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סטראוק
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קענסער (סיי וועלכע סארט)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אסטמא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לונגען קראנקהייט (ווי COPD, עמפיזימע)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אלצהיימער אדער דעמענציע
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	וואג פראבלעם
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הערן פראבלעם
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פיזישע דיסאביליטי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	דעפרעסיע אדער ענקזייעטי פראבלעמען
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	דראג אדער אלקאהאל אביוז פראבלעמען
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אדיקשען צו רויכערן אדער 'וועיפען'

16. ביטע דייטעט אן אויב סיי וועלכע פון די פאלגנדע סיבות וואס האלטן אייך צוריק פון עסן עסנווארג וואס זענען טייל פון א געזונטע דיעטע. (מאכט א טשעק אויף אלע וואס זענען נוגע.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> נישט גענוג צייט צו קויפן אדער אנגרייטן געזונטע מאלצייטן | <input type="checkbox"/> נישט גענוג געצייג (ווי צום ביישפיל אן ארבעטנדע אויוון, טעפ) צו אנגרייטן עסנווארג |
| <input type="checkbox"/> טראנספארטאציע צו באקומען געזונטע עסנווארג | <input type="checkbox"/> איך ווייס נישט אלעמאל וועלכע עסנווארג זענען טייל פון א געזונטע דיעטע |
| <input type="checkbox"/> איך ווייס נישט וויאזוי צו קויפן אדער אנגרייטן געזונטע עסנווארג | <input type="checkbox"/> נישט אין די געמיט פאר געזונטע עסנווארג אנדערש (ביטע שרייבט ארויס): |
| <input type="checkbox"/> פרייז פון געזונטע עסנווארג / געזונטע עסנווארג קאסט צופיל געלט | <input type="checkbox"/> גארנישט האלט מיר נישט צוריק פון עסן געזונטע עסנווארג |
| <input type="checkbox"/> פיזישע דיסאביליטי וואס האלט צוריק פון קויפן אדער אנגרייטן געזונטע עסנווארג | |

17. דורכאויס דעם פארגאנגענעם חודש, האט איר זיך באטייליגט אין סיי וועלכע פיזישע אקטיוויטעטן אדער איבונגען ווי גיין צופיס, לויפן, פארן אויף א ביציקל, טאנצן, ספארט אדער אנדערע ענליכע אקטיוויטעט — חוץ פון אייער רעגלמעסיגע דזשאב?

- יא ניין איך וויל ענדערש נישט ענטפערן

18. האט איר סיי וועלכע קינדער אונטער 18 יאר אלט וואס וואוינען מיט אייך אינדערהיים אדער אויף וועם איר האט א רעגלמעסיגע אחריות?

- 18a. אויב יא, דאן ארויס פון די פארגאנגענע 7 טעג, וויפיל טעג איז אייער קינד געווען פיזיש אקטיוו פאר א סך הכל פון כאטש 60 מינוט פער טאג? (שרייבט ארויס א נומער פון 0 ביז 7): אויב איר האט מער פון 1 קינד, ענטפערט פאר ביז 3 קינדער.
- ← יא ניין

קינד 1 _____ קינד 2 _____ קינד 3 _____

19. האט איר זיך אמאל באטייליגט אין סיי וועלכע פון די פאלגנדע סקרינינגס (אונטערזוכונגען), סערוויסעס אדער פראגראמען אין די פארגאנגענע 2 יאר?

איך ווייס נישט	ניין	יא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יערליכע פיזישע אונטערזוכונג אדער טשעק-אָפּ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סקרינינג אדער טשעק-אָפּ ביי צאן דאקטאר (ווי רענטגען, רייניגונג)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סיי וועלכע סארט גייסטישע געזונטהייט קאונסעלינג (ווי פאר דעפרעסיע, ענקזייטע)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סיי וועלכע סארט אלקאהאל אדער דראג באנוץ קאונסעלינג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פראגראם צו אויפהערן רויכערן/וועיפען
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סיי וועלכע סארט לערנען איבער נערונג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סיי וועלכע סארט לערנען איבער הארץ קראנקהייט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	חינוך קלאסן פאר עלטערן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פלו שאַט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קאוויד שאַט אדער בוסטער
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סקרינינג פאר כאלעסטעראל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מעסטן בלוט דרוק
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סקרינינג פאר צוקער קראנקהייט (דייעביטיס) אדער מעסטן בלוט צוקער
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סקרינינג פאר זעה קראפט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סקרינינג פאר הערן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מעמאָגרעם אדער ברוסטקאסטן אונטערזוכונג/סקרינינג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קישקע קענסער סקרינינג (קאלאנסקאפי, טעסט פאר בלוט אין צואה)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פראסטאט קענסער סקרינינג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הויט קענסער סקרינינג

20. וועלכע סארט העלט אינשורענס האט איר?

- מעדיקעיר
- מעדיקעיד / NJ FamilyCare
- פריוואטע העלט אינשורענס פאר וועלכע איר און/אדער אייער ארבעטסגעבער באצאלט (ווי צום ביישפיל Humana, Aetna, Blue Cross Blue Shield, א.ד.ג.)
- אן אנדערע סארט העלט אינשורענס (שרייבט ארויס):
- איך האב נישט קיין העלט אינשורענס
- איך וויל ענדערש נישט ענטפערן

21. אין לויף פון די פארגאנגענע 2 יאר, וועלכע פראבלעמען – אויב עס זענען געווען אזעלכע – האבן דאס שווער געמאכט פאר אייך אדער פאר א פאמיליע מיטגליד אין אייער הויזגעזונד צו באקומען מעדיצינישע באהאנדלונג אדער קעיר ווען עס האט אויסגעפעהלט? (מאכט א טשעק אויף "יא" אויב די זאך האט דאס שווער געמאכט/איז געווען א פראבלעם פאר אייך אדער אייער פאמיליע, און אויף "ניין" אויב די זאך האט דאס נישט שווער געמאכט צו באקומען מעדיצינישע באהאנדלונג אדער קעיר אדער איז נישט געווען קיין פראבלעם.)

* דערמאנונג: אויספילן די סורועי איז פרייוויליג, און אייערע ענטפערס זענען אנאנים. איר וועט נישט געבעטן ווערן פאר אייער נאמען, אדרעס אדער סיי וועלכע אנדערע אינפארמאציע וואס קען ארויסגעבן אייער אידענטיטעט.

איך ווייס נישט	ניין	יא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אינשורענס פראבלעמען (צום ביישפיל, דאקטוירים נעמען נישט אייער אינשורענס, איר האט נישט קיין אינשורענס)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קאסטן פון קעיר (צום ביישפיל, איר האט נישט געקענט באצאלן, די קאָ-פעיס זענען צו הויערן)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	דאקטוירים נעמען נישט אן נייע פאציענטן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	די צייט ווי לאנג מען דארף ווארטן ביים דאקטאר'ס אפיס אדער קליניק איז צו לאנג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שווער צו מאכן אן אפוינטמענט אין א באקוועמע צייט פון די טאג/אונט/סוף וואך
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שרעק אדער פאראכט פאר דאקטוירים אדער שפיטעלער; אומפריינטליכע דאקטוירים, פראפעסיאנאלן אדער אפיס איינגעשטעלטע; פיל זיך נישט באקוועם
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	איר קען נישט באקומען קיין צייט אוועק פון די ארבעט צו באקומען קעיר – איך וועל נישט באצאלט ווערן אדער איך וועל פארלירן מיין דזשאב
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	איר קען נישט טרעפן קעיר; איר ווייס נישט וואו צו גיין פאר קעיר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שפראך פראבלעמען (צום ביישפיל, עס איז שווער צו רעדן מיט דעם העלט קעיר פראפעסיאנאל אדער מיט אפיס איינגעשטעלטע)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סערוויסעס זענען נישט צוגענגליך פאר מענטשן מיט דיסאביליטיס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	טראנספארטאציע פראבלעמען
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פראבלעמען מיט טשיילד קעיר (נישטא וואו צו איבערלאזן די קינדער א.ד.ג.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	געזונטהייט אינפארמאציע ווערט נישט געהאלטן אין געהיים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	איר האב מורא צוליב אימיגראציע סטאטוס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אן אנדערע פראבלעם וואס האט צוריקגעהאלטן אייך אדער א פאמיליע מיטגליד אין אייער הויזגעזונד פון באקומען מעדיצינישע באהאנדלונג אדער קעיר (שרייבט ארויס):

22. ביים פרובירן צו באקומען מעדיצינישע קעיר, ווי אפט האט איר פערזענליך געפילט אז מען דיסקרימינירט קעגן אייך צוליב סיי וועלכע פון די פאלגנדע אייגנשאפטן:

קינמאל נישט	צומאל	אפט	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ראסע אדער אפשטאם
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קולטורישע אדער רעליגיעזע הונטערגרונט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שפראך אדער רעדן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עלטער
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	איינקונפט שטאפל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קערפער גרויסקייט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סעקסועלע אריענטאציע
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	דזשענדער אדער דזשענדער אידענטיטעט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פיזישע אדער גייסטישע דיסאביליטי

23. אויב איר וואלט געהאט א פראגע אדער איר וואלט געדארפט אינפארמאציע איבער אייער געזונטהייט, וואו וואלט איר געגאנגען צו באקומען ראט? (מאכט א טשעק אויף אלע וואס זענען נוגע.)

- גלויבן-באזירטע ארגאניזאציע שפיטאל עמערדזשענסי רום סאָשעל מידיע מאטעריאלן (ווי Facebook)
 פאמיליע מיטגליד לאקאלע העלט דעפארטמענט איר דזשענט קעיר אנליין מאטעריאלן (ווי די WebMD וועבזייטל)
 אומזיסטע קליניק העלט קעיר פראפעסיאנאל (ווי צום ביישפיל א דאקטאר, נירס פרעקטישאנער) עס איז נישטא קיין גוטע מקור פאר מיר.
 פריינט

24. אין די פארגאנגענע 2 יאר, איז אמאל געווען א צייט ווען איר האט געדארפט גיין צו א העלט קעיר פראפעסיאנאל אדער ספעציאליסט אבער איר האט נישט געקענט צוליב פראבלעמען מיט אוועילעביליטי, די קאסטן אדער אינשורענס?
פאר יעדע "יא" אין פראגע 24a, דייט ביטע אן אין פראגע 24b וואס האט אייך צוריקגעהאלטן פון גיין צו א פראפעסיאנאל אדער ספעציאליסט?

Q24b . (אויב יא) וואס האט אייך צוריקגעהאלטן פון גיין צו א פראפעסיאנאל אדער ספעציאליסט? (מאכט א טשעק אויף אלע וואס זענען נוגע)				Q24a . געדארפט א ספעציאליסט אבער נישט געקענט גיין צוליב פראבלעמען אין Q24b .		
עפעס אנדערש (שרייבט אריין)	אינשורענס פראבלעמען	קאסטן	אוועילעביליטי פון פראפעסיאנאל	ניין	יא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אויפפירונג געזונטהייט (ווי צום ביישפיל פערזענליכע אדער גרופע קאנסעלינג, גייסטישע געזונטהייט סערוויסעס, דראג באנוץ קראנקהייט, א.ד.ג.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קינדער געזונטהייט און מעדיצין (ווי צום ביישפיל קעיר פאר נייגעבוירענע בעביס, קינדער טשעק-אָפּס, אימוניזאציעס, פיזישע אונטערזוכונגען פאר סקול אדער ספארט, א.ד.ג.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קענסער (ווי קענסער סקרינינגס, ראדיאציע, כעמאטעראפיע, קענסער איבערלעבונג אנגעלעגנהייטן)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הארץ געזונטהייט/אדערן פראבלעמען (ווי צום ביישפיל הארץ אדער קראנקהייט, הארץ אטאקע, הויכע בלוט דרוק, א.ד.ג.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עמערדזשענסי/שפיטאל קעיר (צום ביישפיל פלוצלינגדיגע אדער ערנסטע קראנקהייט, מעדיצינישע עמערדזשענסיס, ריהעביליטעישען, האספיטאליזירטע קעיר)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פראבלעמען מיט די מוח, שדרה אדער נערוון/ניוראלאגיע (ווי צום ביישפיל אלצהיימער, עפילפעסיע, MS, סטראוק, א.ד.ג.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביין און מוסקל פראבלעמען/ארטאָפּידיקס (ווי צום ביישפיל צובראכענע ביינער, ארטרייטיס, אוועקגערוקטע געלענקען, א.ד.ג.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פרויען געזונטהייט (ווי צום ביישפיל פלאנירן די פאמיליע, גינעקאלאָדזשי, קעיר דורכאויסן זיין טראגעדיג, ביים אויפהערן האבן די ווסת/מענאָפּאוז, א.ד.ג.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עפעס אנדערש (שרייבט ארויס): _____

טייל ה: גייסטישע געזונטהייט און דראג באנוץ

25. יעצט, טראכטנדיג איבער אייער גייסטישע געזונטהייט – וואס רעכנט אריין סטרעס, דעפרעסיע און פראבלעמען מיט געפיהלן – וויפיל טעג ארויס פון די פארגאנגענע 30 טעג איז אייער גייסטישע געזונטהייט צושטאנד געווען נישט גוט? (ביטע ענטפערט מיט א נומער צווישן 0 און 30): _____

26. ארויס פון די פארגאנגענע 30 טעג, בערך וויפיל טעג האט א שלעכטע גייסטישע געזונטהייט צושטאנד אייך צוריקגעהאלטן פון טוהן אייערע געווענטליכע אקטיוויטעטן, ווי זיך אפגעבן מיט זיך אליין, ארבעטן אדער פארוויילן? (ביטע ענטפערט מיט א נומער צווישן 0 און 30): _____

27. אין די פארגאנגענע צוויי יאר, איז געווען א צייט ווען איר אדער איינער אין אייער הויזגעזונד האט געדארפט הילף פאר גייסטישע געזונטהייט פראבלעמען, ווי צום ביישפיל פילן זייער טרויעריג, אנגעצויגן אדער אנדערע עמאציאנאלע זארגן, אבער האט נישט געקענט באקומען די נויטיגע קעיר?
- יא, איך/מיין פאמיליע מיטגליד האט געדארפט גייסטישע געזונטהייט סערוויסעס און/אדער באהאנדלונג אבער האט זיי נישט געקענט באקומען
- ניין, איך/מיין פאמיליע מיטגליד האט געדארפט גייסטישע געזונטהייט סערוויסעס און/אדער באהאנדלונג און האט זיי געקענט באקומען
- ניין, איך/מיין פאמיליע מיטגליד האט נישט געדארפט גייסטישע געזונטהייט סערוויסעס און/אדער באהאנדלונג
- איך וויל ענדערש נישט ענטפערן/איך ווייס נישט

28. אין די פארגאנגענע צוויי יאר, איז געווען א צייט ווען איר אדער איינער אין אייער הויזגעזונד האט געדארפט הילף פאר פראבלעמען מיטן נוצן דראגס אדער אלקאהאל אבער האט נישט באקומען די נויטיגע שטיצע?
- יא, איך/מיין פאמיליע מיטגליד האט געדארפט דראג באנוץ סערוויסעס און/אדער באהאנדלונג אבער האט זיי נישט געקענט באקומען
- ניין, איך/מיין פאמיליע מיטגליד האט געדארפט דראג באנוץ סערוויסעס און/אדער באהאנדלונג און האט זיי געקענט באקומען
- ניין, איך/מיין פאמיליע מיטגליד האט נישט געדארפט דראג באנוץ סערוויסעס און/אדער באהאנדלונג
- איך וויל ענדערש נישט ענטפערן/איך ווייס נישט

אויב איר אדער א פאמיליע מיטגליד אין אייער הויזגעזונד האט נישט געדארפט גייסטישע געזונטהייט אדער דראג באנוץ סערוויסעס אין די פארגאנגענע 2 יאר, דאן גייט ביטע אריבער צו טייל ו', פראגע 30.

29. אין לויף פון די פארגאנגענע 2 יאר, וועלכע פראבלעמען – אויב עס זענען געווען אזעלכע – האבן דאס שווער געמאכט פאר אייך אדער פאר א פאמיליע מיטגליד אין אייער הויזגעזונד צו באקומען גייסטישע געזונטהייט אדער דראג באנוץ סערוויסעס און/אדער באהאנדלונג ווען עס האט אויסגעפעהלט? (מאכט א טשעק אויף "יא" אויב די זאך האט דאס שווער געמאכט/איז געווען א פראבלעם פאר אייך אדער אייער פאמיליע, און אויף "ניין" אויב די זאך האט דאס נישט שווער געמאכט אדער איז נישט געווען קיין פראבלעם).

איך ווייס נישט	ניין	יא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אינשורענס פראבלעמען (צום ביישפיל, דאקטוירים נעמען נישט אייער אינשורענס, איר האט נישט קיין אינשורענס)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קאסטן פון קעיר (צום ביישפיל, איר האט נישט געקענט באצאלן)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קאונסעלארס אדער סערוויסעס נעמען נישט אן נייע פאציענטן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	די צייט ווי לאנג מען דארף ווארטן איז צו לאנג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שרעק אדער פאראכט פאר פראפעסיאנאלן, קאונסעלארס, דאקטוירים אדער שפיטעלער; אומפריינטליכע דאקטוירים, פראפעסיאנאלן אדער אפיס איינגעשטעלטע; פיל זיך נישט באקוועם
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	איך קען נישט באקומען קיין צייט אוועק פון די ארבעט צו באקומען קעיר – איך וועל נישט באצאלט ווערן אדער איך וועל פארלירן מיין דזשאב
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שפראך פראבלעמען (צום ביישפיל, עס איז שווער צו רעדן מיט דעם העלט קעיר פראפעסיאנאל אדער מיט אפיס איינגעשטעלטע)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סערוויסעס זענען נישט צוגענגליך פאר מענטשן מיט דיסאביליטיס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	טראנספארטאציע פראבלעמען
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פראבלעמען מיט טשיילד קעיר (נישטא וואו צו איבערלאזן די קינדער א.ד.ג.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	געזונטהייט אינפארמאציע ווערט נישט געהאלטן אין געהיים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	איך האב מורא צוליב אימיגראציע סטאטוס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סטיגמע / זיך שעמען איבער דאס באקומען די סארט סערוויסעס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מורא האבן פון האספיטאליזירט ווערן קעגן מיין ווילן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מורא האבן אז מיין ארבעט/ארבעטסגעבער וועט מעגליך אויסגעפונען
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אן אנדערע פראבלעם וואס האט צוריקגעהאלטן אייך אדער א פאמיליע מיטגליד אין אייער הויזגעזונד פון באקומען באהאנדלונג אדער קעיר (שרייבט ארויס):

אויב איר אדער איינער מיט פאר וועם איר קימערט זיך דארף הילף, זעהט ביטע די הילפס-מיטלען אונטן:
New Jersey Hopeline – פאר געהיימע שטיצע פאר סיי ווער וואס איז אין עמאציאנאלע שוועריגקייטן אדער אין סכנה פון באגיין זעלבסטמארד .
טעקסט אדער רופט 988
ReachNJ – פאר הילף מיט א דראג באנוץ קראנקהייט. **רופט 844-732-2465**

30. נוצט די פלאץ אונטן צו פארברייטערן איבער א נושא וואס איז פריער דערמאנט געווארן אדער א וויכטיגע געזונטהייט-פארבינדענע נושא וואס איז נישט דערמאנט געווארן אין די סורוועי וואס איר גלויבט אז עס איז וויכטיג ביים פלאנירן פאר געזונטהייט און קאמיוניטי סערוויסעס.

טייל ז: נאך הונטערגרונט אינפארמאציע

**די פאלגנדע פראגן איבער אייער פערזענליכע הונטערגרונט זענען בלויז פאר די אנאליז פון די שטודיע און ווערן געהאלטן פולשטענדיג אין געהיים.

31. וועלכע שילדערט די בעסטע אייער דזשענדער?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> פרוי | <input type="checkbox"/> נאָן-ביינערי / דזשענדער קוויר (נישט אויסשליסליך א מאן אדער פרוי) |
| <input type="checkbox"/> מאן | <input type="checkbox"/> אן א דזשענדער/איך אידענטיפיציר זיך נישט מיט סיי וועלכע דזשענדער |
| <input type="checkbox"/> טראנסדזשענדער פרוי | <input type="checkbox"/> נאך א דזשענדער קאטעגאריע (ביטע שרייבט ארויס): |
| <input type="checkbox"/> טראנסדזשענדער מאן | _____ |
| | <input type="checkbox"/> איך וויל ענדערש נישט ענטפערן |

32. וועלכע שילדערט די בעסטע אייער סעקסועלע אריענטאציע?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 'סטרייט' אדער העטעראו-סעקסואל | <input type="checkbox"/> איך בין נישט זיכער |
| <input type="checkbox"/> געי אדער לעסביען | <input type="checkbox"/> נאך א קאטעגאריע (ביטע שרייבט ארויס): |
| <input type="checkbox"/> ביסעקסואל, פאן-סעקסואל אדער קוויר | _____ |
| <input type="checkbox"/> א-סעקסואל | <input type="checkbox"/> איך וויל ענדערש נישט ענטפערן |

33. וואס איז די נאענסטע צו אייער יערליכע הויזגעזונד'ס איינקונפט בעפארן צאלן שטייערן?

הויזגעזונד איינקונפט איז די סך הכל געלט וואס איז פארדינט געווארן דורך יעדער איינער וואס וואוינט אין אייער הויזגעזונד אין דעם פאראנגענעם יאר (צום ביישפיל, פארדינטע איינקונפט/אינקאם אוירנד', עלימאָני באקומען, א.ד.ג.).

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ווייניגער פון \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$35,000 ביז \$49,999 | <input type="checkbox"/> \$150,000 ביז \$199,999 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 ביז \$14,999 | <input type="checkbox"/> \$50,000 ביז \$74,999 | <input type="checkbox"/> \$200,000 אדער מער |
| <input type="checkbox"/> \$15,000 ביז \$24,999 | <input type="checkbox"/> \$75,000 ביז \$99,999 | <input type="checkbox"/> איך וויל ענדערש נישט ענטפערן |
| <input type="checkbox"/> \$25,000 ביז \$34,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 ביז \$149,999 | |

34. וועלכע פון די פאלגנדע באשרייבט די בעסטע אייער מצב מיטן חתונה האבן?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> אליין | <input type="checkbox"/> חתונה געהאט |
| <input type="checkbox"/> סעפערעטיטעד/גע'גט/אלמן/אלמנה | <input type="checkbox"/> הויז פארטנערס/ציווילע פאראיין/וואוינען צוזאמען |

35. זענט איר געבוירן געווארן אין די פאראייניגטע שטאטן?

- | | |
|--|--|
| 35a. אויב יא, ווי לאנג וואוינט איר שוין אין דאס לאנד? | שטאטן? |
| <input type="checkbox"/> אונטער 1 יאר | <input type="checkbox"/> יא (ביטע גייט אריבער צו פראגע 36) |
| <input type="checkbox"/> 1-4 יאר | <input type="checkbox"/> ניין (ביט ענטפערט פראגע 35a) |
| <input type="checkbox"/> 5-9 יאר | <input type="checkbox"/> איך וויל ענדערש נישט ענטפערן |
| <input type="checkbox"/> 10 יאר אדער מער, אבער נישט מיין גאנצע לעבן | |
| <input type="checkbox"/> איך האב געוואוינט אין די פאראייניגטע שטאטן כמעט מיין גאנצע לעבן | |
| <input type="checkbox"/> איך וויל ענדערש נישט ענטפערן | |

36. וואס איז/זענען די הויפט שפראך/שפראכן וואס ווערן גערעדט אין אייער היים? (ביטע מאכט א טשעק אויף אלע וואס זענען נוגע.)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> אראביש | <input type="checkbox"/> ענגליש |
| <input type="checkbox"/> טאגאלאג | <input type="checkbox"/> ספאניש |
| <input type="checkbox"/> איטאליעניש | <input type="checkbox"/> פארטוגעזיש |
| <input type="checkbox"/> פויליש | <input type="checkbox"/> הינדי |
| <input type="checkbox"/> האיטיאנער קרעיאל | <input type="checkbox"/> גודזשאַראַטי |
| <input type="checkbox"/> אידיש | <input type="checkbox"/> מאנדארין |
| <input type="checkbox"/> אנדערע: _____ | <input type="checkbox"/> קאנטאניז |
| <input type="checkbox"/> איך וויל ענדערש נישט ענטפערן | <input type="checkbox"/> קארעאניש |

דאס ברענגט אונזער סורוועי צום שלוס. א דאנק פאר אייער צייט. מיר זענען גאר דאנקבאר פאר אייער באטייליגונג.