



Senior Survey - August 2020

Helping us to Help You

Please assist the Senior Services and Senior Livability Departments by completing this brief Survey to help us to understand your needs and how to better assist you through this phase of the coronavirus pandemic. The survey takes just 15 minutes to complete.

The survey will be distributed via several channels and you may receive more than one.

PLEASE COMPLETE AND RETURN ONLY ONE SURVEY. Please Print Clearly.

General Info

Where do you live? Check one.

Home Condo Apartment Senior Housing Other: _____

Do you live:

Alone Spouse/Partner Children Relative Other _____

Sex: Age: _____

Social Interaction

Are you in contact with family and/or friends? Yes No

On average how many people do you speak with per day? _____

Have you traveled outside of your home since the pandemic? Yes No

If yes, on average how frequently? _____ per week

Where have you gone outside of your home since the pandemic? Check all that apply:

Grocery Store Department Store Doctor Dentists Hospital

Visit Friends Visit Relatives Library Hair/Nails

Fitness/Exercise Park House of Worship Memorial Service

Out of State Gardening Other _____



When available, do you want to join other Township sponsored safely distanced activities? Check all that apply.

Book Club Fitness Class Dance Group Talent Show Art Class
 Projects with High School Students Nature Walks Pickleball Tennis
 Other _____

General Health

How would you describe your overall physical health?

How would you describe your overall mental health? _____

On a **Scale** of 1-5 with (1= No 2=Somewhat 3=Moderately 4= Yes 5=Extremely)

Do you feel isolated? _____

Do you feel afraid? _____

Do you feel happy? _____

Do you feel hopeful? _____

Coronavirus Vaccine

Have you been tested for the coronavirus or the coronavirus antibodies? Yes No

If an FDA-approved coronavirus vaccine was available and free of charge, would you want to receive it?

Immediately Yes No

Would you want to receive it in 3 months? Yes No

Would you want to receive it in 6 months? Yes No

Zoom Video Technology

Do you have technology to use Zoom (for videoconferencing)? Yes No

Would you be interested in taking on-line Zoom classes related to:

Fitness Care Giver Support Mental Health Other _____



Activities

What have you done **more** of since the pandemic? _____

What have you done **less** of since the pandemic? _____

Do you have any new customs or rituals since the pandemic? _____

What would improve your health and/or mental outlook at this time?

What have you missed most since the coronavirus pandemic?

What have you enjoyed most since the coronavirus pandemic?

What are you excited to return to after the pandemic and shut down are behind us?

What is the most critical issue you are facing at this time? _____

Township Services

During the pandemic, did you use any of these Township sponsored services. Check all that apply.

Grocery Delivery Umbrella Services Masks/Gloves Hot Meals

Essential Supplies Food Pantry Prescription Delivery

Transportation Services Library Services Other _____

Food Insecurity

Are you suffering from food insecurity? Yes No

Are you able to access the food that you need? Yes No



Are you aware that Holy Trinity Food Pantry, located at 315 Main Street, provides shelf stable, non-perishable food items? Yes No

Would you like to learn more about the Food Pantry? Yes No

Volunteerism

Are you interested in volunteering for a project to help others? Yes No

If yes, please list any special skills, talents, or interests? _____

Emergency

Do you have Emergency Contact Information posted on your refrigerator? Yes No

Have you assembled an Emergency Preparedness Kit? Yes No

Optional

Name _____

Email _____ Phone: _____

Providing your name and email address helps us to ensure that you receive the most updated Senior Notices and relevant information. Mailings are available only on a limited basis. This information is not shared with third parties. No identifying information will be shared outside of our departments.

Raffle. If you wish to remain anonymous and enter the Raffle, please email nperez@westorange.org or call (973) 325-4105 and leave your name and phone number. Raffle winners will be notified by September 10, 2020.

Please mail this survey to: Attention to Senior Services
 66 Main Street
 West Orange, NJ 07052



Encuesta Senior - Agosto 2020 *Ayudándonos a ayudarte*

Por favor, ayude a los Departamentos de Servicios para Adultos Mayores y Longevidad para Adultos Mayores completando esta breve encuesta para ayudarnos a entender sus necesidades y cómo ayudarlo mejor a través de esta fase de la pandemia de coronavirus. La encuesta tarda solo 15 minutos en completarse. La encuesta se distribuirá a través de varios canales y es posible que reciba más de uno.

POR FAVOR, COMPLETAR Y DEVOLVER SOLO UNA ENCUESTA.
Por favor imprima claramente.

Información general

¿En dónde vives? Marque uno.

___ Casa ___ Condominio ___ Apartamento ___ Senior Vivienda Otro: _____

¿Vives:

___ Solo/a ___ Esposo(a)/compañero(a) ___ Hijos ___ Familiar Otro _____

Sexo: ___ Edad: _____

Interacción social

¿Está en contacto con su familia y/o amigos? ___ Sí ___ No

En promedio, ¿con cuántas personas hablas al día? _____

¿Has salido fuera de tu casa durante la pandemia? Sí ___ No ___

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? ___ por semana

¿Adónde has salido desde el comienzo de la pandemia? Marque todo lo que corresponda:

___ Tienda de comestibles ___ Shopping ___ Doctor ___ Dentistas ___ Hospital

___ Visita Amigos ___ Visita Parientes ___ Biblioteca ___ Cabello/Uñas

___ Fitness/Ejercicio ___ Parque ___ Casa de Adoración ___ Servicio Memorial

___ Fuera del estado ___ Jardinería Otro _____

Cuando esté disponible, ¿quieres unirte a otras actividades patrocinadas por la ciudad mediante un distanciamiento seguro? Marque todo lo que corresponda.

___ Club de libros ___ Clase de fitness ___ Grupo de baile ___ Show de Talento

___ Clase de Arte

___ Proyectos con estudiantes de secundaria ___ Paseos por la naturaleza

___ Pickleball ___ Tennis

Otro _____

Salud General

¿Cómo describiría su salud física en general? _____

¿Cómo describirías tu salud mental en general? _____

En una **Escala** de 1-5 con (1- No 2-Un poco 3-Moderadamente 4- Si 5-Bastante)

¿Te sientes aislado? _____

¿Tienes miedo? _____

¿Te sientes feliz? _____

¿Te sientes esperanzado? _____

Vacuna contra el coronavirus

¿Se ha hecho la prueba del coronavirus o de los anticuerpos del coronavirus? ___ Si
___ No

Si una vacuna contra el coronavirus aprobada por la FDA estuviera disponible y fuera gratuita, ¿quisiera recibirla? ___ Si ___ No. Si la respuesta es SI, por favor escoja entre las próximas opciones: (Circule una)

Inmediatamente 3 meses 6 meses

Tecnología Zoom Video

¿Tiene un dispositivo para utilizar Zoom (videoconferencia)? ___ Sí ___ No

¿Le interesaría tomar clases de Zoom en línea relacionadas con:

___ Ejercicio ___ Ayuda de acompañantes ___ Salud mental ___ Otro _____

Actividades

¿Qué es lo que **más** ha hecho durante la pandemia? _____

¿Qué es lo que **menos** ha hecho durante la pandemia? _____

¿Tienes alguna costumbre o ritual nuevo desde la pandemia?

¿Qué mejoraría su salud y/o perspectiva mental en este momento?

¿Qué es lo que más extrañas desde que empezó la pandemia del coronavirus?

¿Qué es lo que más has disfrutado desde que empezó la pandemia del coronavirus?

¿Qué te emocionaría volver a hacer luego que la pandemia haya pasado?

¿Cuál es el problema más crítico al que se enfrenta usted en este momento? _____

Servicios del municipio

Durante la pandemia, ¿usó alguno de estos servicios patrocinados por la ciudad? Marque todo lo que corresponda.

Entrega de comestibles Servicios de la compañía Umbrella
 Máscaras/Guantes Comidas calientes
 Suministros esenciales Despensa de alimentos Entrega de recetas
 Servicios de transporte Servicios de biblioteca Otros (por favor describa)

Inseguridad alimenticia

¿Sufre de escases alimenticia? Sí No

¿Puedes acceder a la comida que necesitas? Sí No

¿Sabe que Holy Trinity Food Pantry, ubicada en 315 Main Street, ofrece alimentos no perecederos? Sí No

¿Le gustaría obtener más información sobre la despensa de alimentos? Sí No

Voluntariado

¿Está interesado en ser voluntario/a para un proyecto para ayudar a otros? Sí No

En caso afirmativo, por favor enumere alguna habilidad especial, talentos o intereses _____

Emergencia

¿Tiene información sobre sus contactos de emergencia en un lugar accesible como por ejemplo su refrigerador? Si No

¿Ha montado un kit en caso de emergencia? Si No

Opcional

Nombre _____

Correo electrónico _____ Número de teléfono: _____

Proporcionar su nombre y dirección de correo electrónico nos ayuda a garantizar que reciba las noticias para adultos mayores más actualizados e información relevante. Los correos solo están disponibles de forma limitada. Esta información no se comparte con terceros. No se compartirá información de identificación fuera de nuestros departamentos.

Rifa.

Si desea permanecer en el anonimato y participar de la rifa, envíe un correo electrónico a nperez@westorange.org o llame al (973) 325-4105 y deje su nombre y número de teléfono. Los ganadores de la rifa serán notificados antes del 10 de septiembre de 2020.

Por favor envíe su cuestionario a: Attention to Senior Services
66 Main Street
West Orange, NJ 07052