



City of Lynn Community Survey of Residents 60+

Vaya a la página 7 para la traducción de la encuesta en español. The City of Lynn requests that residents age 60 and over share their views in order to assess the City's needs and improve programs and services. **All of your responses will be kept confidential. Please do not include your name or other identifying information on this survey.** If you prefer to respond online, please go to our secure site at: <https://www.lynnma.gov>. If you have questions or would like assistance completing this survey, please leave a message for the Center for Social and Demographic Research on Aging at **617.287.7413**. This survey should take approximately 15 minutes to complete. We thank you in advance for your participation.



Please Return Your Survey by March 11th, 2022.



SECTION I: Community & Neighborhood

1. How long have you lived in Lynn?

<input type="radio"/> 30 years or longer	<input type="radio"/> 5-9 years
<input type="radio"/> 20-29 years	<input type="radio"/> Fewer than 5 years
<input type="radio"/> 10-19 years	

2. How important is it to you to remain living in Lynn as you get older?

<input type="radio"/> Very Important	<input type="radio"/> Somewhat Important	<input type="radio"/> Slightly Important	<input type="radio"/> Not at all Important
---	---	---	---

3. On the whole, what do you value the most about living in Lynn?

4. What are your greatest concerns about your ability to continue living in Lynn as you get older?

5. How often do you feel safe in the neighborhood where you live?

<input type="radio"/> Always	<input type="radio"/> Most of the time	<input type="radio"/> Sometimes	<input type="radio"/> Rarely	<input type="radio"/> Never
---------------------------------	---	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

6. Would you know whom to contact in Lynn should you or someone in your family need help accessing social services (e.g., accessing social services, health services, or any other city services)?
- Yes No

7. How satisfied are you with the extent to which local policy makers take into account the interests and concerns of older residents? (*Check only one*)

<input type="radio"/> Completely Satisfied	<input type="radio"/> Very Satisfied	<input type="radio"/> Somewhat Satisfied	<input type="radio"/> Slightly Satisfied	<input type="radio"/> Not at All Satisfied
---	---	---	---	---

8. Have you ever felt discriminated against in Lynn because of any of the following? (*Check all that apply*)

<input type="radio"/> Age	<input type="radio"/> Gender
<input type="radio"/> Income	<input type="radio"/> Sexual Orientation
<input type="radio"/> Race or Ethnicity	<input type="radio"/> Other (<i>Please specify</i>) _____

SECTION II: Housing & Living Situation

9. Do you live alone or with other people?

I live alone I live with others

10. How many adults (age 18 or older) live in your home, including yourself? _____

11. How many children age 17 or younger live in your home? _____

12. Which of the following best describes your current place of residence?

<input type="radio"/> Single-family home	<input type="radio"/> Condominium or townhome
<input type="radio"/> Multi-family home (2, 3, or more units)	<input type="radio"/> Other (<i>Please specify</i>) _____
<input type="radio"/> Apartment	

13. Do you own or rent your current residence?

The residence is owned by me or someone with whom I live
 The residence is rented by me or someone with whom I live

14. Does your current residence need home repairs (e.g., new roof, new heating, etc.) to improve your ability to live in it safely for the next five years?

<input type="radio"/> Yes, and I can afford to make these repairs.	<input type="radio"/> Yes, but I am not responsible for making these repairs (e.g., I rent my current residence).
<input type="radio"/> Yes, but I cannot afford to make these repairs.	<input type="radio"/> No, my current residence does not need repairs.

15. In the next 5 years, if a **change in your health or physical ability** required that you move from your current residence, what kind of housing would you prefer in Lynn? *(Check all that apply)*

<input type="radio"/> Single-family home	<input type="radio"/> A 55+ community
<input type="radio"/> Multi-family home (2, 3, or more units)	<input type="radio"/> Assisted Living community
<input type="radio"/> Accessory apartment (<i>Add-on apartment to an existing home</i>)	<input type="radio"/> A multigenerational home (<i>such as moving in with family</i>)
<input type="radio"/> Apartment, condominium or townhome	<input type="radio"/> Other (<i>Please specify</i>) _____

16. Do you know someone living close by on whom you can rely for help when you need it?
 Yes No

SECTION III: Health

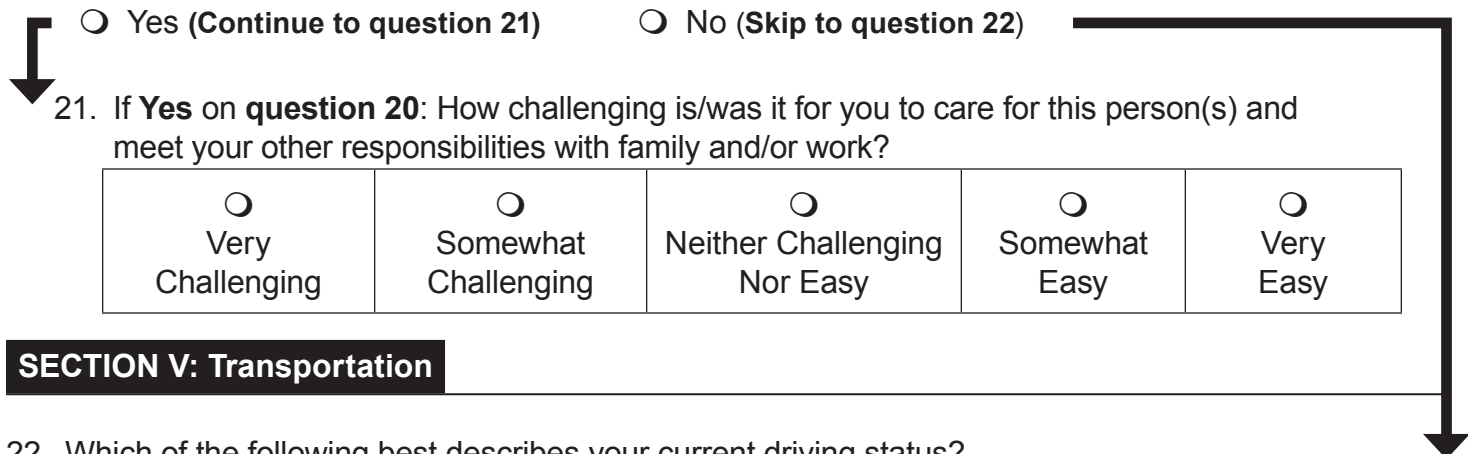
17. Do you have an impairment or condition that limits your ability to participate in your community?
 Yes No

18. Due to a health issue, do you require help with activities around the house (e.g. doing routine chores like cleaning or yard work?)
 Yes No

19. In the past 12 months, how often is the following statement true for you: *“I worried whether our food would run out before we got money to buy more.”*
 Often Sometimes Never

SECTION IV: Caregiving

20. Do you now or have you in the past 5 years provided care or assistance to a spouse, parent, relative, or friend?
 Yes (**Continue to question 21**) No (**Skip to question 22**)



21. If **Yes** on **question 20**: How challenging is/was it for you to care for this person(s) and meet your other responsibilities with family and/or work?

<input type="radio"/> Very Challenging	<input type="radio"/> Somewhat Challenging	<input type="radio"/> Neither Challenging Nor Easy	<input type="radio"/> Somewhat Easy	<input type="radio"/> Very Easy
---	---	---	--	------------------------------------

SECTION V: Transportation

22. Which of the following best describes your current driving status?

<input type="radio"/> I do not drive	<input type="radio"/> I drive with no limitations
<input type="radio"/> I drive with some limitations (<i>e.g., avoid driving at night, in bad weather, or unfamiliar areas</i>)	<input type="radio"/> Other (<i>Please specify</i>) _____

23. **Within the past 24 months**, did you have to miss, cancel, or reschedule a medical appointment because of a lack of transportation?

- Yes No

24. What kind of difficulties do you have in getting the transportation that you need? (*Check all that apply*)

<input type="radio"/> Public transportation around Lynn is unavailable or inconvenient	<input type="radio"/> Distance to my destination is too far
<input type="radio"/> Transportation options cost too much	<input type="radio"/> No one I can depend on for a ride
<input type="radio"/> Physical limitations or other impairments make accessing transportation options difficult	<input type="radio"/> I don't have information about what is available
<input type="radio"/> No door-to-door assistance	<input type="radio"/> I have no difficulties
<input type="radio"/> Other (<i>Please specify</i>) _____	

SECTION VI: Programs & Services at the Lynn Senior Center

25. The following items refer to programs and services that could be offered through the Lynn Senior Center. Please rate the importance of each program/service to you or your family. (*Check only one box per item*)

	Very Important (1)	(2)	Moderately Important (3)	(4)	Not at all Important (5)	I don't know
Transportation						
Volunteer opportunities						
Health and wellness (<i>e.g., blood pressure clinics, medical equipment loan, podiatry</i>)						
Nutrition programs (<i>e.g., lunches, home-delivered meals, food pantry</i>)						
Educational opportunities (<i>e.g. computer classes, current event discussion groups, lectures</i>)						
Fitness activities (<i>e.g., yoga, tai chi, Zumba, strength classes</i>)						
Assistance with local or state programs (<i>e.g., fuel assistance, SNAP</i>)						
Professional services (<i>e.g., health insurance counseling (SHINE), tax preparation, Ask an Attorney</i>)						
Social or recreational activities (<i>e.g., painting, movies, archery, ballroom dancing, crafts, games</i>)						
Trips or outings						

26. How frequently do you use services or attend programs offered by the Lynn Senior Center?

SKIP to Question 28

Continue to Question 27

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Two or more times a week | |
| <input type="radio"/> About once a week | <input type="radio"/> A few times a year (e.g., special events only) |
| <input type="radio"/> A few times a month | <input type="radio"/> Never |
| <input type="radio"/> About once a month | |

27. If “Never” or “A few times a year” on Question 26: What is the reason that you do not currently use programs or services offered by the Lynn Senior Center? (Check all that apply)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> I am not interested | <input type="radio"/> I participate in programs elsewhere |
| <input type="radio"/> I am not old enough | <input type="radio"/> I do not have time |
| <input type="radio"/> I am unaware of activities or programs available | Other (Please specify) _____ |

28. Below, please check all factors that would increase the likelihood of your using the Lynn Senior Center programs and services more often: (Check all that apply)

I would be more likely to use Lynn Senior Center programs and services...

- | |
|---|
| <input type="radio"/> If transportation options to the Senior Center were more convenient |
| <input type="radio"/> If I had more knowledge about the programs and services that are available |
| <input type="radio"/> If the cost of programs was reduced or eliminated |
| <input type="radio"/> If programs and services were better suited to my interests |
| <input type="radio"/> If the hours of the Senior Center were more convenient |
| <input type="radio"/> If it were easier to access the Senior Center building (e.g., more parking, updated building) |
| <input type="radio"/> If there were more people like myself at Senior Center events |
| <input type="radio"/> Other (Please specify) _____ |

29. Thinking about your own future needs and interests, which of the following areas would you prioritize in expanding the programs available through the Lynn Senior Center? (Check all that apply)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Arts & crafts | <input type="radio"/> Evening or weekend activities |
| <input type="radio"/> Lunch or other nutrition programs | <input type="radio"/> Outdoor exercise (e.g., hiking, walking club) |
| <input type="radio"/> Caregiver programs (e.g. respite, support groups) | <input type="radio"/> Technology skills classes (e.g., learning computer programs or smartphone applications) |
| <input type="radio"/> In-home programs (e.g., friendly visiting or help with minor chores/errands) | <input type="radio"/> Physical health and wellbeing (e.g., exercise classes or disease management) |
| <input type="radio"/> Day or overnight trips | <input type="radio"/> Mental health programs (e.g., meditation, counseling) |
| <input type="radio"/> Information/referral for social services | <input type="radio"/> Social programs (e.g., parties) |
| <input type="radio"/> Performances and presentations | <input type="radio"/> Professional development/job seeking support |
| <input type="radio"/> Educational programs | <input type="radio"/> Other (please specify) _____ |

30. Where do you prefer to find information about the activities and services offered in the City of Lynn? (Check all that apply)

<input type="radio"/> Senior Center newsletter	<input type="radio"/> Local community newspapers
<input type="radio"/> Local Public Access TV (e.g. LCTV)	<input type="radio"/> Radio
<input type="radio"/> Email or text communication	<input type="radio"/> City of Lynn website
<input type="radio"/> Facebook or other social media sites	<input type="radio"/> Other (please specify): _____

SECTION VII: Demographic Information

31. Please select your gender:

Female Male Other (please specify): _____

32. What is your age range?

Under age 60 60 to 69 70 to 79 80 to 89 90+

33. Are you able to access the internet from your home? (Check all that apply)

Yes, using a smartphone (that is, a cellular phone that provides access to the internet)

Yes, using a home computer, laptop, or tablet

No, I do not have internet access at home

34. Please indicate your level of agreement or disagreement with the following statement:
"I have adequate resources to meet my financial needs, including food, home maintenance, personal healthcare, and other expenses."

<input type="radio"/> Strongly Agree	<input type="radio"/> Agree	<input type="radio"/> Disagree	<input type="radio"/> Strongly Disagree
---	--------------------------------	-----------------------------------	--

35. If you have any other thoughts or comments about the City of Lynn Senior Center, or about current or future needs of older residents in Lynn, please include them here:

Thank you for taking the time to participate. If you have any questions or concerns regarding this survey, please contact: **Center for Social & Demographic Research on Aging**
csdra@umb.edu
617.297.7413



Encuesta comunitaria de residentes mayores de 60 años en la ciudad de Lynn

La ciudad de Lynn desea conocer las opiniones de los residentes mayores de 60 años para poder reevaluar las necesidades de la ciudad y mejorar sus programas y servicios. **Todas sus respuestas serán de carácter confidencial. No incluya su nombre ni ningún otro dato que lo identifique en esta encuesta.** Si prefiere responder por internet, diríjase a nuestro sitio seguro en: <https://www.lynnma.gov>. Si tiene alguna pregunta o desea recibir ayuda para completar esta encuesta, deje un mensaje para el Centro de Investigación Social y Demográfica en Envejecimiento al **617.287.7413**. Esta encuesta le llevará aproximadamente 15 minutos. Agradecemos su participación.



Favor de devolver la encuesta para el 11 de marzo de 2022.



SECCIÓN I: COMUNIDAD Y VECINDARIO

1. ¿Cuánto tiempo ha vivido en Lynn?

<input type="radio"/> 30 años o más	<input type="radio"/> 5 a 9 años
<input type="radio"/> 20 a 29 años	<input type="radio"/> Menos de 5 años
<input type="radio"/> 10 a 19 años	

2. ¿Qué tan importante es para usted seguir viviendo en Lynn con el paso de los años?

<input type="radio"/> Muy importante	<input type="radio"/> Algo importante	<input type="radio"/> Ligeramente importante	<input type="radio"/> Para nada importante
---	--	---	---

3. En general, ¿qué es lo que más valora de vivir en Lynn?

4. ¿Cuáles son sus mayores preocupaciones en relación con sus posibilidades de seguir viviendo en Lynn a medida que pasen los años?

5. ¿Con qué frecuencia se siente seguro en su vecindario?

<input type="radio"/> Siempre	<input type="radio"/> La mayoría del tiempo	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
----------------------------------	--	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

6. ¿Sabría a quién contactar en Lynn si usted o un familiar necesitara ayuda para acceder a los servicios sociales (p. ej., de salud o cualquier otro tipo de servicio brindado por la ciudad)?

- Sí No

7. ¿Qué tan satisfecho está con la medida en que los diseñadores de políticas locales contemplan los intereses y las preocupaciones de los residentes de edad avanzada? (Elija solo una opción)

<input type="radio"/> Totalmente satisfecho	<input type="radio"/> Muy satisfecho	<input type="radio"/> Algo satisfecho	<input type="radio"/> Ligeramente satisfecho	<input type="radio"/> Para nada satisfecho
---	---	--	--	--

8. ¿Alguna vez se sintió discriminado en Lynn por alguna de las siguientes razones? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

<input type="radio"/> Edad	<input type="radio"/> Género
<input type="radio"/> Ingresos	<input type="radio"/> Orientación sexual
<input type="radio"/> Raza o etnia	<input type="radio"/> Otra (especificar) _____

SECCIÓN II: VIVIENDA Y SUS OCUPANTES

9. ¿Vive solo o con otras personas?

- Vivo solo Vivo con otras personas

10. ¿Cuántos adultos (de 18 años o más) viven en su hogar, incluyéndolo a usted? _____

11. ¿Cuántos menores de 17 años o menos viven en su hogar? _____

12. ¿Cuál de los siguientes describe mejor su domicilio actual?

<input type="radio"/> Vivienda unifamiliar	<input type="radio"/> Condominio o casa adosada ("townhome")
<input type="radio"/> Vivienda multifamiliar (2, 3, o más unidades)	<input type="radio"/> Otro (especificar) _____
<input type="radio"/> Departamento	

13. ¿Es propietario o inquilino de su domicilio actual?

- El domicilio es propiedad mía o de alguien que vive conmigo.
 El domicilio es alquilado por mí o por alguien que vive conmigo.

14. ¿Su domicilio actual necesitará reparaciones domésticas (p. ej., techo nuevo, sistema de calefacción nuevo, etc.) para mejorar su capacidad de vivir allí con seguridad durante los próximos cinco años?

<input type="radio"/> Sí, y puedo costear esas reparaciones.	<input type="radio"/> Sí, pero no estoy obligado a pagar yo esas reparaciones (p. ej., alquilo mi domicilio actual).
<input type="radio"/> Sí, pero no puedo costear esas reparaciones.	<input type="radio"/> No, mi domicilio actual no necesita reparaciones.

15. En los próximos 5 años, si un **cambio en su salud o capacidad física** lo obligara a mudarse de su domicilio actual, ¿qué tipo de vivienda preferiría en Lynn? (Elija todas las opciones que correspondan)

<input type="radio"/> Vivienda unifamiliar	<input type="radio"/> Residencia para personas mayores de 55 años
<input type="radio"/> Vivienda multifamiliar (2, 3, o más unidades)	<input type="radio"/> Residencia con asistencia para las actividades diarias

<input type="radio"/> Departamento accesorio (<i>conectado a un hogar existente</i>)	<input type="radio"/> Vivienda multigeneracional (<i>p. ej., mudarse con la familia</i>)
<input type="radio"/> Departamento, condominio o casa adosada (" <i>townhome</i> ")	<input type="radio"/> Otra (<i>especificar</i>) _____

16. ¿Conoce a alguien que viva cerca de usted y pudiera ayudarle si lo necesita?

- Sí No

SECCIÓN III: SALUD

17. ¿Tiene alguna discapacidad o enfermedad que limite su habilidad para participar en su comunidad?

- Sí No

18. ¿Necesita ayuda con las actividades domésticas (*p. ej., tareas regulares como la limpieza y el cuidado del patio/jardín*) como consecuencia de algún problema de salud?

- Sí No

19. En los últimos 12 meses, indique la frecuencia de esta situación: "*Me preocupaba que se acabara la comida antes de poder obtener el dinero para comprar más*".

- A menudo A veces Nunca

SECCIÓN IV: CUIDADO

20. ¿Actualmente o en los últimos 5 años ha brindado cuidados o asistencia a un cónyuge, a su padre/madre, familiar o amigo?

- Sí (**Continuar con la pregunta 21**) No (**Ir a la pregunta 22**)

21. Si contestó que **Sí** a la **pregunta 20**: ¿Qué tan difícil es/fue para usted cuidar a esta(s) persona(s) a la vez que cumplía con sus responsabilidades familiares y/o laborales?

<input type="radio"/> Muy difícil	<input type="radio"/> Algo difícil	<input type="radio"/> Ni difícil ni fácil	<input type="radio"/> Algo fácil	<input type="radio"/> Muy fácil
--------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------------------	------------------------------------

SECCIÓN V: TRANSPORTE

22. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su capacidad para manejar un vehículo?

<input type="radio"/> No manejo.	<input type="radio"/> Manejo sin limitaciones.
<input type="radio"/> Manejo con ciertas limitaciones (<i>p. ej., evito manejar a la noche, cuando hace mal tiempo o por zonas desconocidas</i>).	<input type="radio"/> Otra (<i>especificar</i>) _____

23. En los últimos 24 meses, ¿tuvo que faltar a/cancelar/reprogramar una cita médica por falta de transporte?

- Sí No

24. ¿Qué tipo de dificultades tiene para conseguir el transporte que necesita? (*Elija todas las opciones que correspondan*)

<input type="radio"/> El transporte público dentro de Lynn no está disponible o es incómodo.	<input type="radio"/> La distancia hasta el destino está demasiado lejos.
<input type="radio"/> Las opciones de transporte son demasiado costosas.	<input type="radio"/> No hay nadie que me pueda llevar.
<input type="radio"/> Mis limitaciones físicas u otras discapacidades dificultan mi acceso a las opciones de transporte.	<input type="radio"/> No tengo información sobre las opciones disponibles.
<input type="radio"/> No hay asistencia puerta a puerta.	<input type="radio"/> No tengo dificultades.
<input type="radio"/> Otra (<i>especificar</i>) _____	

SECCIÓN VI: PROGRAMAS Y SERVICIOS EN LYNN SENIOR CENTER

25. Los siguientes ítems se refieren a programas y servicios que podrían brindarse a través del centro de adultos mayores Lynn Senior Center. Califique la importancia de cada programa/servicio para usted o su familia. (*Marque solo una opción para cada ítem.*)

	Muy importante (1)	(2)	Moderadamente importante (3)	(4)	Para nada importante (5)	No sé
Transporte						
Oportunidades de voluntariado						
Salud y bienestar (<i>p. ej., clínicas de presión arterial, préstamos de equipos médicos, podología</i>)						
Programas de nutrición (<i>p. ej., almuerzos, comidas de entrega a domicilio, bancos de alimentos</i>)						
Oportunidades educativas (<i>p. ej., clases de computación, grupos de discusión sobre actualidades, charlas</i>)						
Actividades de fitness (<i>p. ej., yoga, tai chi, zumba, clases de fuerza muscular</i>)						
Asistencia con programas locales o estatales (<i>p. ej., asistencia de combustible, asistencia nutricional suplementaria - SNAP</i>)						
Servicios profesionales (<i>p. ej., asesoría sobre seguros de salud - SHINE, asesoramiento impositivo, Pregúntele a un abogado - Ask an Attorney</i>)						
Actividades sociales o recreativas (<i>p. ej., pintura, películas, tiro con arco, baile de salón, manualidades, juegos</i>)						
Viajes o salidas						

26. ¿Con qué frecuencia usa servicios o asiste a programas ofrecidos por el centro de adultos mayores Lynn Senior Center?

IR a la pregunta 28

SIGA con la pregunta 27

<input type="radio"/> Dos o más veces por semana	
<input type="radio"/> Alrededor de una vez por semana	<input type="radio"/> Unas pocas veces al año (p. ej., solo para eventos especiales)
<input type="radio"/> Unas pocas veces por semana	<input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Alrededor de una vez por mes	

27. Si contestó “Nunca” o “Unas pocas veces al año” a la pregunta 26: ¿Por qué motivo no usa actualmente los programas o servicios del centro de adultos mayores Lynn Senior Center? (Elija todas las opciones que correspondan)

<input type="radio"/> No me interesan.	<input type="radio"/> Participo en los programas de otro lugar.
<input type="radio"/> Todavía no tengo la edad para ello.	<input type="radio"/> No tengo tiempo.
<input type="radio"/> No conozco las actividades o los programas disponibles.	<input type="radio"/> Otro (especificar) _____

28. A continuación, escoja todos los factores que aumentarían la probabilidad de que use más a menudo los programas y servicios del centro de adultos mayores Lynn Senior Center: (Elija todas las opciones que correspondan)

Tendría más probabilidades de usar los programas y servicios de Lynn Senior Center...

<input type="radio"/> Si las opciones de transporte al centro de adultos mayores fueran más cómodas.
<input type="radio"/> Si supiera más acerca de los programas y servicios disponibles.
<input type="radio"/> Si el costo de los programas se redujera o se eliminara.
<input type="radio"/> Si los programas y servicios se alinearan más con mis intereses.
<input type="radio"/> Si los horarios del centro de adultos mayores fueran más cómodos.
<input type="radio"/> Si fuera más fácil acceder al edificio del centro de adultos mayores (p. ej., más espacio de estacionamiento, renovación del edificio).
<input type="radio"/> Si hubiera más personas como yo en los eventos del centro de adultos mayores.
<input type="radio"/> Otro (especificar) _____

29. En cuanto a sus necesidades e intereses futuros, ¿cuál de las áreas siguientes priorizaría a la hora de ampliar los programas disponibles a través del centro de adultos mayores Lynn Senior Center? (Elija todas las opciones que correspondan)

<input type="radio"/> Artes y manualidades	<input type="radio"/> Actividades por las noches o los fines de semana
<input type="radio"/> Almuerzos u otros programas de nutrición	<input type="radio"/> Ejercicios al aire libre (p. ej., paseos, club de caminatas)
<input type="radio"/> Programas de cuidados (p. ej. alivio para cuidadores primarios, grupos de apoyo)	<input type="radio"/> Clases de conocimientos tecnológicos (p. ej., aprender a usar programas de computación o aplicaciones de smartphone)
<input type="radio"/> Programas para el hogar (p. ej., visitas amistosas o ayuda con tareas/recados menores)	<input type="radio"/> Salud y bienestar físico (p. ej., clases de ejercicios físicos o manejo de la enfermedad)

<input type="radio"/> Viajes diurnos o con pernoctación	<input type="radio"/> Programas de salud mental (<i>p. ej., meditación, terapia</i>)
<input type="radio"/> Información acerca de/derivación a servicios sociales	<input type="radio"/> Programas sociales (<i>p. ej., fiestas</i>)
<input type="radio"/> Espectáculos y presentaciones	<input type="radio"/> Apoyo para el desarrollo profesional/la búsqueda laboral
<input type="radio"/> Programas educativos	<input type="radio"/> Otro (<i>especificar</i>) _____

30. ¿Dónde prefiere encontrar información sobre las actividades y los servicios ofrecidos por la ciudad de Lynn? (*Elija todas las opciones que correspondan*)

<input type="radio"/> Boletín del centro de adultos mayores	<input type="radio"/> Diarios comunitarios locales
<input type="radio"/> TV local pública (<i>p. ej., LCTV</i>)	<input type="radio"/> Radio
<input type="radio"/> Comunicación por correo electrónico o texto	<input type="radio"/> Sitio web de la ciudad de Lynn
<input type="radio"/> Facebook u otras redes sociales	<input type="radio"/> Otro (<i>especificar</i>): _____

SECCIÓN VII: DATOS DEMOGRÁFICOS

31. Seleccione su género:

Femenino Masculino Otro (*especificar*): _____

32. ¿Cuál es su rango etario?

Menos de 60 años 60 a 69 años 70 a 79 años 80 a 89 años Más de 90 años

33. ¿Puede acceder a Internet desde casa? (*Elija todas las opciones que correspondan*)

Sí, con un smartphone (*es decir, un teléfono móvil con acceso a Internet*).

Sí, con una computadora doméstica, laptop o tablet.

No, no tengo acceso a Internet en casa.

34. Indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con el siguiente enunciado: “*Tengo los recursos adecuados para cubrir mis necesidades económicas, las cuales incluyen alimentos, mantenimiento del hogar, salud personal y otros gastos*”

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

35. Si tiene más opiniones o comentarios acerca del centro de adultos mayores de la ciudad de Lynn, o acerca de las necesidades actuales o futuras de los residentes mayores de Lynn, puede escribirlos aquí:

Gracias por tomarse el tiempo de participar. Por cualquier duda sobre esta encuesta, comuníquese con: **Centro de Investigación Social y Demográfica en Envejecimiento** csdra@umb.edu
617.287.7413