

필요성 식별: 문제

1. 귀하는 현재 건강 보험에 가입해 계십니까? 예 아니오

a) 가입해 계시다면 어떤 유형입니까? 고용주를 통한 보험 메디케이드 메디케어
 배우자/부모의 보험 건강 보험 거래시장
 기타: _____

b) 귀하의 보험 회사는 어디입니까? _____

c) 귀하의 보험을 건강 보험 거래시장에서 구매하셨다면 어떤 계층을 선택하셨습니다? 브론즈 실버 골드 플래티넘

d) 건강 보험에 가입하지 않고 지낸 가장 오랜 기간은 얼마나 됩니까? _____

2. 필요한 의료 서비스를 받는 데 문제를 경험한 적이 있으십니까? 예 아니오

a) 예인 경우, 그 이유는 무엇이었습니까? _____

3. 비용 때문에 필요한 의료 서비스를 건너 뛰거나 지연한 적이 있으십니까? 예 아니오

a) 다음과 같은 활동을 건너 뛰거나 연기한 적이 있으십니까? 정기 검진 수술 처방약
 정신 건강 관리 및 상담
 치과 치료 시력
 기타: _____

b) 다음 중에 귀하가 부담을 느꼈던 비용이 있습니까? 보험료 공제액 가입자 공동 부담(Co-Pay)
 공동 보험 본인 부담 의료비 결제
 기타: _____

4. 귀하 또는 귀하의 가족 중 누군가가 다음과 같은 경험을 한 적이 있으십니까?

a) 건강 보험을 유지하기 위한 목적으로만 직장을 계속 다녔다 예 아니오
 예인 경우, 직접 설명해 주십시오: _____

b) 인종, 이민자 신분, 성별, 성적 취향, 연령 또는 장애로 인해 의료 서비스를 받을 때 차별을 당한 적이 있다 예 아니오
 예인 경우, 직접 설명해 주십시오: _____

c) 비용에 대한 우려 때문에 건강 문제를 악화시키거나 치료를 지연했다 예 아니오
 예인 경우, 직접 설명해 주십시오: _____

d) 의료 청구비 결제에 어려움이 있었다 예 아니오
 예인 경우, 직접 설명해 주십시오: _____

e) 가정 방문 의료 서비스 비용을 결제하는 데 어려움이 있었다 예 아니오
 예인 경우, 그 이유는 무엇이었습니까? _____

의료 서비스에 종사하는 분의 경우:

5. 귀하는 의료 환경에서 근무하십니까? 예 아니오

예인 경우, 직접 설명해 주십시오: _____

6. 건강 보험 상태에 따라 환자에게 다른 치료법이 사용되는 것을 본 적이 있으십니까? 예 아니오

예인 경우, 직접 설명해 주십시오: _____

7. 비용 때문에 환자의 의료 서비스가 지연되거나 거절되는 것을 본 적이 있으십니까? 예 아니오

8. 의료 서비스 비용에 대한 환자의 우려가 귀하와 환자의 관계에 영향을 미쳤다고 생각하십니까? 예 아니오

예인 경우, 직접 설명해 주십시오: _____

자신의 권리 확보: 행동

9. 뉴욕의 모든 사람들이 자신이 필요한 의료 서비스를 받을 수 있도록 해야 한다고 생각하십니까? 예 아니오

10. 의료 서비스도 인권이라고 생각하십니까? 예 아니오

a) 정부에서 의료 서비스에 대한 인권을 보호해야 할 의무가 있다고 생각하십니까? 예 아니오 잘 모르겠음

b) 의료 서비스에 대한 인권이 뉴욕에서 보호되고 있다고 말할 수 있으십니까? 예 아니오 잘 모르겠음

11. 귀하는 헬스케어 시스템에 관한 결정에 대해 자신의 목소리를 낼 수 있다고 생각하십니까? 예 아니오

정부의 책임: 해결책

12. 보험 회사 및 의료 서비스 제공자에게 보험료 및 공제액을 지불하는 대신 국민의 세금으로 자금을 충당되는 유니버설 헬스케어 시스템과 같은 아이디어에 대해 어떻게 생각하십니까? 좋아요 싫어요 잘 모르겠음

이런 유형의 시스템에서는 귀하가 의사와 병원을 선택할 수 있습니다. 이러한 시스템을 단일 지불자 시스템 또는 전국민을 위한 개선된 메디케어라고 부릅니다.

a) 현재의 헬스케어 시스템에 관해 귀하가 무엇인가를 바꿀 수 있다면, 그것은 무엇이겠습니까?

13. 다른 의견이 있으면 적어 주십시오.

귀하에 대한 정보(이는 본 설문 조사의 결과를 분석하는 데 도움이 됩니다)

귀하의 성별은 어떻게 되십니까?	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 트랜스젠더 <input type="checkbox"/> 논바이너리(Non-binary) <input type="checkbox"/> 기타
귀하의 인종 또는 민족을 어떻게 묘사하시겠습니까?	<input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 흑인/아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 라틴계 <input type="checkbox"/> 원주민 <input type="checkbox"/> 기타:
귀하의 나이	
귀하는 어느 뉴욕 카운티 또는 도시에 살고 계십니까?	
귀하는 의사입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 의사인 경우 전문 분야는 무엇입니까?
귀하는 사업주/자영업자입니까? 그렇다면 New York Health 를 위한 기업(Business for New York Health) 선정과 관련하여 귀하에게 연락을 드려도 되겠습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

이 설문지를 작성해 주셔서 감사합니다!

참여하고 싶으십니까?

설문 조사를 위해 개인 정보를 제공하실 필요는 없습니다. 익명을 유지하도록 선택하실 수 있습니다. 그러나 귀하의 스토리를 공유하는 등 다양한 방법으로 New York Health 캠페인에 참여하시려면 당사가 귀하에게 연락을 드릴 수 있어야 합니다!

이름	주소	
전화	구/군/시	우편 번호
이메일	시/도	

- 예, New York Health 캠페인에 대한 추가 정보가 받고 싶습니다
 예, 참여하고 싶습니다!
 예, 친구 또는 가족에게 지지를 요청할 수 있습니다! 청원 신청 받음

귀하에게 연락하기에 가장 좋은 방법은 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 텍스트 메시지
New York Health 캠페인에서 귀하의 스토리를 편지, 보도 자료 또는 소셜 미디어 캠페인에서 공유해도 되겠습니까? (사전에 연락을 드릴 것입니다)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 글썽요
지금 당장 60초짜리 비디오를 제출하실 수 있습니까? (Onstack 지침 참조)	<input type="checkbox"/> Onstack을 통해 제출된 비디오

본 설문 조사의 수집 관련 정보:

주관자	위치	날짜
-----	----	----

설문지는 다음 주소로 보내주시기 바랍니다:

Campaign for NY Health
c/o Ursula Rozum
717 Otisco Street
Syracuse, NY 13204

설문 조사 결과를 입력해 주십시오: www.nyhcampaign.org/canvassing