

**Xác định nhu cầu của chúng tôi: Vấn đề****1. Hiện tại bạn có bảo hiểm y tế không?** Có  Không

a) Nếu Có, loại nào?

 Chủ nhân  Medicaid  Medicare Chính sách vợ / chồng  Thị trường bảo hiểm y tế Khác:

b) Công ty bảo hiểm của bạn?

c) Nếu bảo hiểm của bạn được mua trên Sức khỏe Thị trường bảo hiểm, bạn đã chọn tầng nào?

 Đồng  Bạc  Vàng  Bạch kim

d) Những gì mà thời gian dài nhất bạn đã đi không có bảo hiểm y tế?

**2. Bạn đã bao giờ có vấn đề về việc chăm sóc sức khỏe bạn cần?** Có  Không

Nếu có, những gì đã / là lý do: \_\_\_\_\_

**3. Bạn đã bao giờ phải từ bỏ chăm sóc sức khỏe cần thiết vì chi phí?** Có  Không

a) Bạn đã bỏ qua hoặc bỏ qua bất kỳ điều sau đây?

 Kiểm tra thường xuyên  Phẫu thuật  Thuốc theo toa Tư vấn và chăm sóc sức khỏe tâm thần Chăm sóc răng miệng  Tầm nhìn Khác:

b) Có bất kỳ chi phí nào sau đây là khó khăn cho bạn?

 Phí bảo hiểm  Khấu trừ  Đồng thanh toán Đồng bảo hiểm  Thanh toán hóa đơn tiền túi Khác:**4. Bạn, hoặc ai đó trong gia đình, đã từng trải qua bất kỳ điều nào sau đây:**

a) Ở trong một công việc chỉ để giữ bảo hiểm sức khỏe của bạn?

 Có  Không

Nếu đồng ý, vui lòng mô tả hay chi tiết về nó: \_\_\_\_\_

b) Bị phân biệt đối xử khi cố gắng để có được chăm sóc sức khỏe vì chủng tộc, tình trạng nhập cư của bạn, giới tính, khuynh hướng tình dục, tuổi tác, hay khuyết tật?

 Có  Không

Nếu đồng ý, vui lòng mô tả hay chi tiết về nó: \_\_\_\_\_

c) Phát triển các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng hơn hoặc trì hoãn Điều trị vì lo ngại xung quanh chi phí?

 Có  Không

Nếu đồng ý, vui lòng mô tả hay chi tiết về nó: \_\_\_\_\_

d) Có vấn đề thanh toán hóa đơn y tế?

 Có  Không

Nếu đồng ý, vui lòng mô tả hay chi tiết về nó: \_\_\_\_\_

e) Có vấn đề thanh toán cho việc chăm sóc tại nhà?

 Có  Không

Nếu có, lý do là gì?: \_\_\_\_\_

## Đối với những người làm việc trong chăm sóc sức khỏe:

5. Bạn có làm việc trong một môi trường lâm sàng?  Có  Không

Nếu đồng ý, vui lòng mô tả hay chi tiết về nó: \_\_\_\_\_

6. Bạn đã bao giờ quan sát điều trị khác nhau cho bệnh nhân dựa vào tình trạng bảo hiểm y tế?  Có  Không

Nếu đồng ý, vui lòng mô tả hay chi tiết về nó: \_\_\_\_\_

7. Bạn đã bao giờ quan sát thấy một bệnh nhân trì hoãn hoặc từ chối sức khỏe Quan tâm vì chi phí?  Có  Không

8. Bạn có cảm thấy rằng một mối quan tâm của bệnh nhân với chi phí chăm sóc sức khỏe đã ảnh hưởng đến mối quan hệ của bạn với bệnh nhân?  Có  Không

Nếu đồng ý, vui lòng mô tả hay chi tiết về nó: \_\_\_\_\_

## Yêu cầu quyền của chúng tôi: Hành động

9. Bạn có nghĩ rằng chúng ta nên đảm bảo rằng tất cả mọi người trong New York có thể nhận được sự chăm sóc sức khỏe mà họ cần?  Có  Không

10. Bạn có tin rằng chăm sóc sức khỏe là một con người phải không?  Có  Không

a) Bạn có tin rằng chính phủ của chúng tôi có nghĩa vụ Bảo vệ quyền con người chăm sóc sức khỏe?  Có  Không  Không chắc

b) Bạn có nói rằng quyền chăm sóc sức khỏe của con người là được bảo vệ ở New York?  Có  Không  Không chắc

11. Bạn có cảm thấy rằng bạn có tiếng nói trong các quyết định về chúng tôi hệ thống chăm sóc sức khỏe?  Có  Không

## Trách nhiệm của chính phủ: Giải pháp

12. Bạn nghĩ gì về ý tưởng chăm sóc sức khỏe toàn cầu hệ thống, sẽ được tài trợ công khai từ thuế của chúng tôi thay vì trả phí bảo hiểm và khấu trừ cho các công ty bảo hiểm và nhà cung cấp chăm sóc y tế?  Thích nó  Don mệnh thích nó  Không chắc

Loại bảo hiểm này sẽ cho phép bạn chọn bác sĩ và bệnh viện của bạn. Nó thường được gọi là hệ thống thanh toán đơn hoặc Medicare cải tiến cho tất cả.

Nếu bạn có thể thay đổi bất cứ điều gì về hệ thống chăm sóc sức khỏe của chúng tôi, nó sẽ là gì?

\_\_\_\_\_

13. Bất kỳ ý kiến khác mà bạn muốn đưa ra?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Giới thiệu về bạn** (điều này sẽ giúp chúng tôi phân tích kết quả khảo sát này)

Làm thế nào để bạn mô tả giới tính của bạn?

- Đàn bà  Đàn ông  
 Người chuyển giới  Không phân biệt  
 Khác:

Làm thế nào để bạn mô tả chủng tộc hoặc sắc tộc của bạn?

- Trắng  Người da đen / người Mỹ gốc Phi Châu Á  
 Châu Á  La tinh  Bản địa  
 Khác:

Tuổi của bạn:

Bạn sống ở quận hoặc thành phố nào ở New York?:

Bạn có phải là một bác sĩ y khoa?

- Có  Không  
 Nếu có, trong lĩnh vực nào?

Cảm ơn bạn đã hoàn thành khảo sát này!

## **Bạn có muốn tham gia?**

Không cần thiết phải cung cấp thông tin cá nhân của bạn để làm khảo sát. Bạn có thể chọn ẩn danh. Tuy nhiên, nếu bạn muốn tham gia vào Chiến dịch vì sức khỏe New York, ví dụ bằng cách kể câu chuyện của bạn, chúng tôi cần một số cách để liên lạc với bạn!

**Tên**

**Địa chỉ nhà**

**Điện thoại**

**Thành phố**

**Zip**

**E-mail**

**Quận**

CÓ, tôi muốn biết thêm thông tin về Chiến dịch vì sức khỏe New York

CÓ, tôi muốn tham gia!

CÓ, tôi có thể yêu cầu một người bạn hoặc thành viên gia đình thể hiện sự hỗ trợ của!  Đơn khởi kiện

Những gì cách tốt nhất để liên lạc với bạn?

- Điện thoại  E-mail  Tin nhắn văn bản

Bạn có sẵn sàng cho phép Chiến dịch cho New York Sức khỏe để chia sẻ câu chuyện của bạn bằng thư, thông cáo báo chí hoặc xã hội chiến dịch truyền thông? (Chúng tôi sẽ liên lạc với bạn trước).

- Có  Không  Có lẽ

Bạn có thể gửi video 60 giây ngay bây giờ không? (Xem hướng dẫn Onstack)

- Video được gửi qua Onstack

## **Khảo sát này đã được thu thập:**

**Người tổ chức**

**Vị trí**

**Ngày**

## **Vui lòng quay lại khảo sát để:**

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

**Vui lòng nhập kết quả khảo sát:** [www.nyhcampaign.org/survey](http://www.nyhcampaign.org/survey)