



২০২৪-২০২৫ এরি কাউন্টি কমিউনিটি স্বাস্থ্য মূল্যায়ন সমীক্ষা

নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ সমস্ত কাউন্টিকে একটি কমিউনিটি হেলথ অ্যাসেসমেন্ট (CHA) করতে এবং একটি কমিউনিটি হেলথ ইমপ্রুভমেন্ট প্ল্যান (CHIP) ডিজাইন করতে বলে। CHA এবং CHIP সকল Erie কাউন্টির বাসিন্দাদের স্বাস্থ্যের উন্নতির জন্য ব্যবহার করা হয়। অনুগ্রহ করে এই প্রক্রিয়ায় আপনার মূল্যবান ইনপুট দিয়ে নিম্নলিখিত সমীক্ষাটি সম্পূর্ণ করে এরি কাউন্টির স্বাস্থ্যের উন্নতিতে সহায়তা করুন।

এই সমীক্ষাটি সম্পূর্ণ হতে প্রায় ১০-২০ মিনিট সময় লাগতে পারে। সমীক্ষার শেষে, আপনার কাছে টপস সুপারমার্কেটের জন্য \$১০০ গিফট কার্ডের একটি র্যাফেলে প্রবেশ করার বিকল্প থাকবে! জয়ের যোগ্য হওয়ার জন্য আপনাকে অবশ্যই এই সমীক্ষাটি সম্পূর্ণ করতে হবে।

CHAs এবং CHIP সম্পর্কে আরও তথ্য CDCs ওয়েবসাইটে আছে যা এই QR কোড স্ক্যান করার মাধ্যমে উপলব্ধ।



সমীক্ষার যোগ্যতা

১. আপনি কি এরি কাউন্টিতে বাস করেন, কাজ করেন বা স্কুলে যান? একটি নির্বাচন করুন।

- হ্যাঁ
 না

আপনি যদি এরি কাউন্টিতে বাস না করেন, কাজ না করেন বা স্কুলে যান না, তাহলে আপনি এই সমীক্ষাটি সম্পূর্ণ করার যোগ্য নন।

২. নিচের কোনটি আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য? প্রযোজ্য সব নির্বাচন করুন।

- আমি এরি কাউন্টিতে বাস করি
 আমি এরি কাউন্টিতে কাজ করি
 আমি এরি কাউন্টিতে স্কুলে যাই

৩. আপনি যদি এরি কাউন্টিতে বাস করেন, তাহলে আপনার বাড়ির ঠিকানার জিপ কোড কী? একটি নির্বাচন করুন।

- আমার এরি কাউন্টির জিপ কোড হল _____
 আমি এরি কাউন্টিতে বাস করি না (আমি এখানে শুধু কাজ করি বা স্কুলে যাই)
 আমার বাসার ঠিকানা নেই

সম্প্রদায় সমস্যা এবং উদ্বেগ

৪. ২০২৫-২০৩০ কমিউনিটি হেলথ ইমপ্রভমেন্ট প্ল্যানে উন্নতির জন্য কোন সাম্প্রদায়িক বিষয়বস্তুতে মনোযোগ দেওয়া উচিত বলে আপনি মনে করেন?

কমিউনিটি হেলথ ইমপ্রভমেন্ট প্ল্যান(CHIP) হল জনস্বাস্থ্য সমস্যা সমাধানের জন্য একটি যৌথ সাম্প্রদায়িক প্রচেষ্টা। CHIP সম্প্রদায়ের স্বাস্থ্যের উপর প্রভাব পরিমাপের জন্য একটি কাঠামো তৈরি করে এবং সরকার এবং সম্প্রদায়ের অংশীদারদের শীর্ষ স্বাস্থ্য উদ্বেগগুলিকে সমাধান করার অনুমতি দেয়।

অনুগ্রহ করে সর্বাধিক ৫ টি বিকল্প নির্বাচন করুন।

- সাশ্রয়ী মূল্যের, স্বাস্থ্যকর খাবারে প্রবেশাধিকার
- সম্প্রদায়ের পরিষেবা এবং সংস্থানগুলিতে প্রবেশাধিকার
- অব্যাহত শিক্ষা কার্যক্রমে প্রবেশাধিকার (যেমন GED এবং বৃত্তিমূলক প্রোগ্রাম বা ট্রেড স্কুল)
- স্কুলে মানসম্পন্ন স্বাস্থ্য এবং সুস্থতা কার্যক্রমগুলিতে প্রবেশাধিকার
- নির্ভরযোগ্য পরিবহনে প্রবেশাধিকার (ব্যক্তিগত যানবাহন বা নির্ভরযোগ্য পাবলিক ট্রান্সপোর্টের ব্যবহার)
- অনুবাদ এবং ব্যাখ্যা পরিষেবাগুলিতে প্রবেশাধিকার
- স্বাস্থ্যকর শিশুদের সহায়তার জন্য পরিষেবাগুলির প্রাপ্যতা এবং প্রবেশাধিকার (যেমন শিশু যত্ন, প্রাথমিক হস্তক্ষেপ, বা লিড স্ক্রীনিং)
- সাম্প্রদায়িক স্থান যেমন পার্ক, ওয়াকওয়ে, বাইক পাথ এবং কমিউনিটি সেন্টার
- স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবার মূল্য বা স্বাস্থ্য বীমার প্রবেশাধিকার
- কর্মসংস্থানের বিকল্প যা একটি বাসযোগ্য মজুরি প্রদান করে
- বায়ু, জল এবং মাটির মতো পরিবেশগত অবস্থা
- আবাসন বিকল্প যা সাশ্রয়ী মূল্যের এবং নিরাপদ
- পিতামাতার সহায়তা পরিষেবাগুলি (যেমন বুকের দুধ খাওয়ানো এবং বুকের দুধ খাওয়ানোর স্থান এবং পিতামাতার ছুটির উপলব্ধতা)
- বর্ণবাদ এবং বৈষম্য
- আপনার আশেপাশের নিরাপত্তা
- অন্যান্য _____
- বলতে ইচ্ছুক না

CONTINUED ON NEXT PAGE

৫. ২০২৫-২০৩০ কমিউনিটি হেলথ ইমপ্রুভমেন্ট প্ল্যানে উন্নতির জন্য কোন স্বাস্থ্যের অবস্থার উপর মনোযোগ দেওয়া উচিত বলে আপনি মনে করেন?

অনুগ্রহ করে সর্বাধিক ৫ টি বিকল্প নির্বাচন করুন।

- হাঁপানি, COPD বা অন্যান্য দীর্ঘস্থায়ী শ্বাসনালীর অবস্থা
- ক্যান্সার
- সিগারেট, তামাকজাত দ্রব্য, ভ্যাপিং বা নিকোটিন ব্যবহার
- COVID-19 বা দীর্ঘ কোভিড
- দাঁতের স্বাস্থ্য সমস্যা (যেমন গহ্বর বা দাঁত অপসারণ)
- ডায়বেটিস
- হার্টের সমস্যা (যেমন উচ্চ রক্তচাপ, কোলেস্টেরল, হৃদরোগ, বা স্ট্রোক)
- সংক্রামক রোগ (যেমন HIV বা AIDS, হেপাটাইটিস, বা যৌন সংক্রামিত রোগ)
- আঘাত (যেমন পড়ে যাওয়া বা মোটর গাড়ি দুর্ঘটনা)
- সীসা বিষক্রিয়া এবং সীসা সমস্যা
- মানসিক স্বাস্থ্য, বিষণ্ণতা, উদ্বেগ এবং চাপ ব্যবস্থাপনা
- মেদবহুলতা, ওজন ব্যবস্থাপনা, বা পুষ্টি
- প্রজনন এবং জন্মগত সমস্যা (যেমন গর্ভাবস্থার জটিলতা, কৈশোর গর্ভাবস্থা, বা শিশুর আঘাত এবং মৃত্যু)
- মাদক ব্যবহারের ব্যাধি (যেমন অ্যালকোহল, গাঁজা বা ওপিওড)
- সহিংসতা সম্পর্কিত আঘাত (যেমন শিশু নির্যাতন, বয়স্ক নির্যাতন, বা গার্হস্থ্য সহিংসতা) এবং আগ্নেয়াস্ত্র (বন্দুক) আঘাত এবং মৃত্যু
- অন্যান্য _____
- বলতে ইচ্ছুক না

৬. আপনার সম্প্রদায়ে যা অনুপস্থিত বলে আপনি বিশ্বাস করেন সেটি জানতেও আমরা আগ্রহী। আপনার সম্প্রদায়ের স্বাস্থ্য এবং সুস্থতাকে সহায়তা করবে এমন কিছু পরিষেবা কি আছে যা আপনার সম্প্রদায়ে যোগ হলে ভাল হবে?

জনসংখ্যা

৭. আপনার বর্তমান বয়স কত? _____

৮. আপনার বর্ণ এবং জাতি কি? প্রযোজ্য সব নির্বাচন করুন.

- আমেরিকান ইন্ডিয়ান বা আলাস্কা নেটিভ
- এশিয়ান
- কালো বা আফ্রিকান আমেরিকান
- হিস্পানিক বা ল্যাটিনো
- মধ্যপ্রাচ্য বা উত্তর আফ্রিকান
- প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী বা হাওয়াই নেটিভ
- সাদা
- অন্যান্য _____
- বলতে ইচ্ছুক না

৯. আপনার লিঙ্গ কি? প্রযোজ্য সব নির্বাচন করুন.

- লিঙ্গ অসঙ্গতিপূর্ণ বা লিঙ্গ বিস্তৃত
- পুরুষ
- নন-বাইনারী
- নিশ্চিত না বা প্রশ্নমূলক
- নারী
- অন্যান্য _____
- বলতে ইচ্ছুক না

১০. আপনি কি ট্রান্সজেন্ডার? একটি নির্বাচন করুন.

ট্রান্সজেন্ডার এমন একজন ব্যক্তির বর্ণনা করে যার লিঙ্গ পরিচয় তাদের জন্মের সময় নির্ধারিত লিঙ্গ থেকে আলাদা।

- হ্যাঁ
- না
- নিশ্চিত না বা প্রশ্নমূলক
- বলতে ইচ্ছুক না

CONTINUED ON NEXT PAGE

১১. আপনার যৌন অভিমুখিতা কি? প্রযোজ্য সব নির্বাচন করুন.

- অযৌন (যৌন আকর্ষণ অনুভব করেন না এমন কেউ)
- উভকামী (কেউ দুই বা ততোধিক লিঙ্গের লোকেদের প্রতি আকৃষ্ট)
- সমকামী (একই লিঙ্গের লোকেদের প্রতি আকৃষ্ট কেউ)
- লেসবিয়ান (একজন মহিলা অন্য মহিলাদের প্রতি আকৃষ্ট)
- নিশ্চিত না বা প্রশ্নমূলক
- প্যানসেক্সুয়াল (যে কেউ সব লিঙ্গের মানুষের প্রতি আকৃষ্ট হয়)
- কুইর (যে কেউ যার যৌন অভিমুখিতা সোজা বা ভিন্নকামী ছাড়া অন্য কিছু)
- সোজা বা বিষমকামী (একটি ভিন্ন লিঙ্গের মানুষের প্রতি যৌনভাবে আকৃষ্ট)
- অন্যান্য _____
- বলতে ইচ্ছুক না

১২. আপনার কি অক্ষমতা আছে? একটি নির্বাচন করুন.

আমেরিকান উইথ ডিজঅ্যাবিলিটিস অ্যাক্ট একজন প্রতিবন্ধী ব্যক্তিকে এমন একজন ব্যক্তি হিসাবে সংজ্ঞায়িত করে যার শারীরিক বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা রয়েছে যা জীবনের এক বা একাধিক প্রধান কার্যকলাপকে উল্লেখযোগ্যভাবে সীমিত করে।

- হ্যাঁ - ১৩ নম্বর প্রশ্নে এগিয়ে যান
- না - প্রশ্ন ১৪ এ যান
- বলতে চান না - প্রশ্ন ১৪ এ যান

১৩. আপনার কি ধরনের শারীরিক অক্ষমতা আছে? প্রযোজ্য সব নির্বাচন করুন.

- উন্নয়নমূলক বা বুদ্ধিবৃত্তিক
- মানসিক বা আবেগীয়
- শারীরিক বা গতিশীলতা
- সংবেদনশীলতা (যেমন অন্ধত্ব বা বধিরতা)
- অন্যান্য _____
- বলতে ইচ্ছুক না

১৪. আপনি কার সাথে বাস করেন ? **প্রযোজ্য সব নির্বাচন করুন.**

- কেউ না বা আপনি একা থাকেন
- পত্নী বা সঙ্গী
- শিশু বা ১৮ এবং তার কম বয়সী
- শিশু বা ১৮ বছরের বেশি বয়সী শিশু
- আপনার পিতামাতা(দুজনেই) বা আপনার সঙ্গীর পিতামাতা(দুজনেই)
- বন্ধু(বন্ধুরা) বা সম্পর্কহীন রুমমেট(অনেক)
- আমি একটি শেয়ার্ড লিভিং স্পেসে বাস করি (গ্রুপ হোম, ডরমিটরি, সহায়তক লিভিং, ট্রানজিশনাল হাউজিং, আশ্রয়খানা)
- অন্যান্য _____
- বলতে ইচ্ছুক না

১৫. আপনি কি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাইরে জন্মগ্রহণ করেছিলেন? **একটি নির্বাচন করুন.**

- হ্যাঁ
- না
- বলতে ইচ্ছুক না

১৬. বাড়িতে কথা বলা প্রাথমিক ভাষা কি? **একটি নির্বাচন করুন.**

- ইংলিশ
- আরাবিব
- বাঙ্গালী
- বার্মিজ
- স্প্যানিশ
- স্বাহিলি
- অন্যান্য _____
- ব্যক্তিগত এবং পারিবারিক স্বাস্থ্য

ব্যক্তিগত এবং পারিবারিক স্বাস্থ্য

১৭. গত বছরে আপনার স্বাস্থ্যের কথা চিন্তা করে, আপনি নিম্নলিখিতগুলিকে কীভাবে মূল্যায়ন করবেন? **প্রতিটি সারিতে একটি বাক্স নির্বাচন করুন।**

	খারাপ	চলনসই	ভালো	খুব ভালো	চমৎকার	বলতে ইচ্ছুক না
শারীরিক স্বাস্থ্য	<input type="checkbox"/>					
দাঁতের স্বাস্থ্য	<input type="checkbox"/>					
মানসিক স্বাস্থ্য	<input type="checkbox"/>					

১৮. আপনি বা আপনার পরিবারের কেউ কি বিগত বছরে নিম্নলিখিত ধরণের স্বাস্থ্যসেবা পেতে কোন চ্যালেঞ্জের সম্মুখীন হয়েছেন? প্রতিটি সারিতে একটি বাক্স নির্বাচন করুন।

	হ্যাঁ	না	আমি জানিনা	আমার পরিবারের জন্য প্রযোজ্য নয়
প্রাথমিক পরিচর্যা (রুটিন চেক-আপ বা ছোটখাটো স্বাস্থ্য পরিদর্শন)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ডেন্টাল হেলথ (রুটিন চেক-আপ এবং জরুরী ডেন্টাল)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
মাদক ব্যবহারে ব্যাধিগুলির জন্য ক্ষতি হ্রাস বা চিকিৎসা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
মানসিক স্বাস্থ্য (সাইকিয়াট্রিস্ট, থেরাপিস্ট, কাউন্সেলিং)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
প্রজনন যত্ন (গর্ভাবস্থা প্রতিরোধ, গর্ভপাত, প্রসবপূর্ব যত্ন)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
জরুরী যত্ন (হাসপাতাল, ER, জরুরী যত্ন)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

১৯. আপনি কি কোনো দীর্ঘস্থায়ী বা দীর্ঘমেয়াদী শারীরিক সমস্যার সম্মুখীন হয়েছেন? একটি নির্বাচন করুন।

যেমন: হাঁপানি, ক্যান্সার, হৃদরোগ, উচ্চ রক্তচাপ, ডায়াবেটিস বা মেদবহুলতা

- হ্যাঁ - ২০ নম্বর প্রশ্নে এগিয়ে যান
- না - প্রশ্ন ২১ এ যান
- বলতে চান না - প্রশ্ন ২১ এ যান

২০. যদি হ্যাঁ, তাহলে নিচের কোন শারীরিক অবস্থা আপনি অনুভব করেছেন? প্রযোজ্য সব নির্বাচন করুন।

- হাঁপানি
- ক্যান্সার
- বা অন্যান্য নিম্ন শ্বাসনালীর রোগ
- ডায়াবেটিস
- হৃদরোগ
- উচ্চ রক্তচাপ
- উচ্চ কোলেস্টেরল
- কিডনি রোগ
- লিভার রোগ
- দীর্ঘমেয়াদী কোভিড লক্ষণ
- মেদবহুলতা
- অন্যান্য _____
- বলতে ইচ্ছুক না

CONTINUED ON NEXT PAGE

২১. আপনি কি কোন মানসিক স্বাস্থ্যের অবস্থার অবনতির সম্মুখীন হয়েছেন? **একটি নির্বাচন করুন.**

উদাহরণস্বরূপ: উদ্বেগ, বিষণ্ণতা, PTSD, বা মাদক সেবনে ব্যাধি(SUD)

- হ্যাঁ - ২২ নম্বর প্রশ্নে এগিয়ে যান
- না - প্রশ্ন ২৩ এ যান
- বলতে চান না - প্রশ্ন ২৩ এ যান

২২. যদি হ্যাঁ, তাহলে নিচের কোন মানসিক স্বাস্থ্যের অবস্থার অবনতি আপনি অনুভব করেছেন? **প্রযোজ্য সব নির্বাচন করুন.**

- দুশ্চিন্তা
- বাইপোলার ডিসঅর্ডার
- বর্ডারলাইন পার্সোনালিটি ডিসঅর্ডার (BPD)
- বিষণ্ণতা
- পোস্ট-ট্রমাটিক স্ট্রেস ডিসঅর্ডার (PTSD)
- মাদক ব্যবহার ব্যাধি (SUD)
- অন্যান্য _____
- বলতে ইচ্ছুক না

২৩. আপনার কি এমন কোন শিশু (বয়স 18 বা তার কম) আছে যাদের শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্যের কোন অবস্থা বা বিশেষ প্রয়োজন আছে? **একটি নির্বাচন করুন।**

- হ্যাঁ - ২৪ নম্বর প্রশ্নে এগিয়ে যান
- না - প্রশ্ন ২৫ এ যান
- বলতে চান না - প্রশ্ন ২৫ এ যান

২৪. আপনার বাড়ির বাচ্চাদের কোন কোন মানসিক বা শারীরিক স্বাস্থ্যের অবস্থা বা বিশেষ চাহিদা রয়েছে? **প্রযোজ্য সব নির্বাচন করুন।**

- হাঁপানি
- উন্ময়নমূলক বা শেখার অক্ষমতা (যেমন অটিজম স্পেকট্রাম ডিসঅর্ডার বা অডিটরি প্রসেসিং ডিসঅর্ডার)
- ডায়াবেটিস
- সূক্ষ্ম মোটর চ্যালেঞ্জ (যেমন একটি পেন্সিল ধরা চ্যালেঞ্জ)
- মোট মোটর চ্যালেঞ্জ (যেমন হাঁটা, ভারসাম্য, বা জটিল আন্দোলনের সাথে চ্যালেঞ্জ)
- মানসিক, সংবেদনশীল বা আচরণগত চ্যালেঞ্জ (যেমন উদ্বেগ, বিষণ্ণতা, বা বিরোধিতামূলক ডিফিয়েন্ট ডিসঅর্ডার)
- মেদবহুলতা
- গুরুতর অ্যালার্জি (যে কোনও অ্যালার্জি যা জীবন-হুমকির প্রতিক্রিয়া হতে পারে)
- কথা বলায় বিলম্ব বা প্রতিবন্ধকতা বা বাকশক্তিহীন
- দৃষ্টিশক্তি বা শ্রবণ প্রতিবন্ধকতা
- অন্যান্য _____
- বলতে ইচ্ছুক না

CONTINUED ON NEXT PAGE

শিক্ষা ও কর্মসংস্থান

২৫. আপনার শিক্ষার সর্বোচ্চ স্তর কি? একটি নির্বাচন করুন.

- হাইস্কুলের চেয়ে কম বা হাইস্কুল শেষ করেননি
- হাইস্কুল ডিগ্রি বা GED সমতুল্য
- কোন কলেজ ডিগ্রী নেই, কিন্তু প্রযুক্তিগত ডিগ্রী, বাণিজ্য বিশেষজ্ঞ বা অন্যান্য সার্টিফিকেট আছে
- কিছু কলেজ, কিন্তু ডিগ্রি নেই
- সহযোগী ডিগ্রী (যেমন এএ, এএস)
- স্নাতক ডিগ্রি (যেমন বিএ, বিবিএ, বিএস, বিএসএন)
- স্নাতকোত্তর ডিগ্রি (যেমন এমএ, এমএস, এমবিএ, এমএসএন)
- ডক্টরেট বা টার্মিনাল ডিগ্রী (যেমন এমডি, ডিডিএস, জেডি, পিএইচডি, এডিডি)
- অন্যান্য _____
- বলতে ইচ্ছুক না

২৬. কোন বিকল্পটি আপনার বর্তমান কর্মসংস্থানের অবস্থাকে সর্বোত্তমভাবে বর্ণনা করে? একটি নির্বাচন করুন.

- বেকার, বর্তমানে কাজ করছেন না, অবসরপ্রাপ্ত, বা একজন ছাত্র – **প্রশ্ন ২৭ এ এগিয়ে যান**
- শুধুমাত্র অস্থায়ী বা মৌসুমী কাজ (আপনার বর্তমান চাকরি শুধুমাত্র অল্প সময়ের জন্য চলবে) – **এড়িয়ে যান প্রশ্ন ২৮**
- পার্ট-টাইম, শুধুমাত্র একটি চাকরিতে (আপনার একমাত্র কাজের মোট ঘণ্টা প্রতি সপ্তাহে ৪০ এর কম) – **এড়িয়ে যান প্রশ্ন ২৮**
- খণ্ডকালীন, একাধিক চাকরিতে (সমস্ত কাজের মোট ঘণ্টা প্রতি সপ্তাহে ৪০ ঘণ্টার কম) – **প্রশ্ন ২৮ এ যান প্রশ্ন ২৮**
- পূর্ণ-সময়, শুধুমাত্র একটি চাকরিতে (আপনার একমাত্র কাজের মোট ঘণ্টা প্রতি সপ্তাহে ৪০ বা তার বেশি ঘণ্টা) – **প্রশ্ন ২৮ এ যান**
- পূর্ণ-সময়, একাধিক চাকরিতে (সমস্ত কাজের মোট ঘণ্টা প্রতি সপ্তাহে ৪০ বা তার বেশি ঘণ্টা) – **এড়িয়ে যান প্রশ্ন ২৮**
- অন্যান্য _____
- বলতে চাই না- প্রশ্ন ২৫ এ যান

২৭. আপনার বেকারত্বের প্রধান কারণ কি? একটি নির্বাচন করুন.

- আমি একজন ছাত্র বা এখনও স্কুলে
- আমি একজন গৃহিনী বা ঘরে থাকি
- আমি অবসরপ্রাপ্ত
- বর্তমানে চাকরি খুঁজছেন
- অক্ষমতার কারণে কাজ করতে পারছি না
- অন্যান্য _____
- বলতে ইচ্ছুক না

CONTINUED ON NEXT PAGE

২৮. আপনার পরিবারের আনুমানিক মোট আয় কত? একটি নির্বাচন করুন।

এটি হল সর্বমোট পরিমাণ যা আপনার বাড়িতে যারা উপার্জন করে তাদের প্রত্যেকের উপার্জিত আয়। প্রতিটি বিকল্প প্রতি বছর, মাস এবং সপ্তাহে দেখানো হয়।

- প্রতি বছর \$২৫,০০০ এর কম বা প্রতি মাসে \$২০৮৩ এর কম বা প্রতি সপ্তাহে \$৪৮০ এর কম
- প্রতি বছর \$ ২৫,০০০ - \$৩৪,৯৯৯ বা \$২,০৮৩ - \$২,৯১৭ প্রতি মাসে বা \$৪৮০ - \$৬৪৩ প্রতি সপ্তাহে
- ৩৫,০০০ - \$৪৪,৯৯৯ প্রতি বছর বা \$২,৯১৭ - \$৩,৭৫০ প্রতি মাসে বা \$৬৪৩ - \$৮৬৫ প্রতি সপ্তাহে
- \$৪৫,০০০ - \$৫৪,৯৯৯ প্রতি বছর বা \$৩,৭৫০ - \$৪,৫৮৩ প্রতি মাসে বা \$৮৬৫ - \$১,০৫৮ প্রতি সপ্তাহে
- ৫৫,০০০ - \$৭৪,৯৯৯ প্রতি বছর বা \$৪,৫৮৩ - \$৬,২৫০ প্রতি মাসে বা \$১,০৫৮ - \$১,৪৪২ প্রতি সপ্তাহে
- ৭৫,০০০ - \$৯৪,৯৯৯ প্রতি বছর বা \$৬,২৫০ - \$৭,৯১৭ প্রতি মাসে বা \$১,৪৪২ - \$১,৮২৭ প্রতি সপ্তাহে
- \$৯৫,০০০ - \$১২৪,৯৯৯ প্রতি বছর বা \$৭,৯১৭ - \$১০,৪১৭ প্রতি মাসে বা \$১,৮২৭ - \$২,৪০৪ প্রতি সপ্তাহে
- প্রতি বছর \$১২৫,০০০ - \$১৭৪,৯৯৯ বা \$১০,৪১৭ - \$১৪,৫৮৩ প্রতি মাসে বা \$২,৪০৪ - \$৩,৩৬৫ প্রতি সপ্তাহে
- প্রতি বছর \$১৭৫,০০০ এর বেশি বা প্রতি মাসে \$১৪,৫৮৩ এর বেশি বা প্রতি সপ্তাহে \$৩,৩৬৫
- বলতে ইচ্ছুক না

স্বাস্থ্য সেবা বীমা

২৯. আপনার কি বর্তমানে কোন ধরনের স্বাস্থ্যসেবা কভারেজ বা স্বাস্থ্য বীমা আছে? একটি নির্বাচন করুন.

- হ্যা- প্রশ্ন ৩০ এ এগিয়ে যান
- না- প্রশ্ন ৩০ এড়িয়ে যান
- বলতে চাই না- প্রশ্ন ৩০ এড়িয়ে যান

৩০. আপনার কি ধরনের বীমা আছে? প্রযোজ্য সব নির্বাচন করুন.

- VA দ্বারা আচ্ছাদিত
- নিয়োগকর্তা-স্পন্সর ব্যক্তিগত বীমা (হয় আপনার চাকরি বা আপনার সঙ্গীর চাকরির মাধ্যমে)
- বীমা মার্কেটপ্লেস (Obamacare) অথবা NYS of Health এর মাধ্যমে নথিভুক্ত করা হয়েছে
- মেডিকৈড
- মেডিকৈয়ার
- উপজাতীয় স্বাস্থ্য পরিষেবা বা উপজাতীয় বীমা
- অন্যান্য _____
- বলতে ইচ্ছুক না

CONTINUED ON NEXT PAGE

রাফেল এন্ট্রি

আপনি কি \$১০০ টপস সুপারমার্কেট গিফট কার্ড জিততে একটি রাফেলে অংশ নিতে চান? একটি নির্বাচন করুন।

জয়ের জন্য অংশ নিতে হলে আপনাকে অবশ্যই একটি নাম, ইমেল এবং ফোন নম্বর প্রদান করতে ইচ্ছুক হতে হবে।

- হ্যাঁ - অনুগ্রহ করে পৃষ্ঠার নীচে যোগাযোগের তথ্য সম্পূর্ণ করুন।
- না

ফোকাস গ্রুপ অংশগ্রহণ

আপনি কি ইরি কাউন্টিতে স্বাস্থ্য বিষয়ক আরও আলোচনা করার জন্য কমিউনিটি ফোকাস গ্রুপে অংশগ্রহণের জন্য বিবেচিত হতে চান? ফোকাসে অংশগ্রহণ করা, আপনাকে টপস সুপারমার্কেটের জন্য \$২০ গিফট কার্ড পাওয়ার যোগ্য করে তুলবে। একটি নির্বাচন করুন।

- হ্যাঁ - অনুগ্রহ করে পৃষ্ঠার নীচে যোগাযোগের তথ্য সম্পূর্ণ করুন।
- না

স্বাস্থ্য ইক্যুইটি অফিস থেকে আপডেট সাবস্ক্রাইব করুন

আপনি কি অফিস অফ হেলথ ইক্যুইটির ইমেল সাবস্ক্রিপশন তালিকায় যুক্ত হতে চান? একটি নির্বাচন করুন।
Erie County Office of Health Equity থেকে আপডেট পেতে সাইন আপ করতে আপনাকে অবশ্যই নিচে একটি নাম এবং ইমেল প্রদান করতে হবে।

- হ্যাঁ - অনুগ্রহ করে পৃষ্ঠার নীচে যোগাযোগের তথ্য সম্পূর্ণ করুন।
- না

নাম: _____

ফোন নম্বর: _____

ইমেল: _____

বাড়ির ঠিকানা: _____
