Formularz zatwierdzony

OMB Nr 0920-0953

Data ważności 31.12.2015 r.

**Kwestionariusz uczestnika Programu Zdrowotnego World Trade Center**

Dziękujemy za rejestrację w Programie Zdrowotnym WTC i odwiedzenie naszej kliniki. Będziemy wdzięczni za wypełnienie niniejszej ankiety. Odpowiedzi na nią pozwolą nam skuteczniej dotrzeć do innych pracownikówz WTC i pomóc im w rejestracji w Programie, dzięki czemu będą mogli otrzymać opiekę i zasiłki zdrowotne.

Czy należał(a) Pan(i) do jakiegoś związkuzawodowego w czasie pracy związanej z11 września?

* Tak
* Nie

Jeżeli tak, to do którego? \_\_\_(związek/oddział lokalny)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jeżeli tak, **czy dowiedział(a) się Pan(i) o Programie Zdrowotnym WTC za pośrednictwem związku?**

* Tak
* Nie

Czy należy Pan(i) do związku zawodowego obecnie?

* Tak
* Nie

Jeżeli tak, to do którego? \_\_\_\_(związek/oddział lokalny)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jeżeli tak, **czy dowiedział(a) się Pan(i) o Programie Zdrowotnym za pośrednictwem związku zawodoego?**

* Tak
* Nie

Czas przekazywania informacji w niniejszej ankiecie jest szacowany na średnio 4 minuty na odpowiedź łącznie z czasem potrzebnym do przeczytania instrukcji, przeszukania istniejących źródeł danych, zgromadzenia i utrzymywania wymaganych danych oraz wypełnienia i sprawdzenia ankiety. Bez ważnego numeru kontrolnego OMB agencja nie może prowadzić ani zlecać ankiety, a respondent nie jest zobowiązany do udzielania na nią odpowiedzi. Uwagi dotyczące szacowanego czasu przekazywania informacji oraz innych aspektów niniejszej ankiety, w tym propozycje skrócenia tego czasu, prosimy przesyłać na adres CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-0953).

**Prosimy wskazać swoje źródło informacji o Programie Zdrowotnym WTC?** *(Prosimy zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi).*

* Przedstawiciel lub pracownikProgramu Zdrowotnego WTC
* Członek rodziny lub osoba znajoma
* Współpracownik
* Pracodawca
* Lekarz
* Miejsce kultu religijnego
* Targi zdrowotne
* Zebranie związkowe
* Zebranie w komisariacie
* Festyn
* Witryna internetowa Programu Zdrowotnego WTC ([www.cdc.gov/wtc](file:///C%3A%5CDocuments%20and%20Settings%5Cloka01%5CLocal%20Settings%5CTemporary%20Internet%20Files%5CContent.Outlook%5C2NZZOJAK%5C%22http%3A%5Cwww.cdc))
* Witryna internetowa 9/11 Health władz Nowego Jorku (część www.nyc.gov)
* Broszura, ulotka lub karta informacyjna programu
* Program Treatment Referral Program WTC Health Registry (rozmowa telefoniczna lub list)
* Ogłoszenie w autobusie lub metrze
* Inne ogłoszenia
* Serwis społecznościowy (taki jak Facebook, Twitter, Instagram itp.)
* Środki masowego przekazu (gazeta, telewizja, radio lub serwis internetowy z wiadomościami)
* 9/11 Environmental Action
* District Council 37, AFSCME
* ICF (Inner City Fund)
* International Association of Fire Fighters (IAFF)
* New York Committee for Occupational Safety and Health (NYCOSH)
* SingleStop USA
* Tuesday’s Children
* Voices of September 11th
* Inne [prosimy określić: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]
* Nie pamiętam.

**Z jakich przyczyn zdecydował(a) się Pan(i) zarejestrować w Programie Zdrowotnym WTC** *(Prosimy zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi).*

* Wszechstronne badania kontrolne
* Bezpłatna opieka medyczna
* Reputacja ośrodków świadczących usługi medyczne
* Skierował mnie lekarz
* Zaniepokoił mnie mój stan zdrowia
* Myślę, że mam problemy zdrowotne, które mogą być powiązane z 11 września
* Chcę upewnić się, czy nie mam problemów zdrowotnych związanych z 11 września
* Mam problemy ze zdrowiem psychicznym związane z pracą po 11 września
* Rodzina niepokoi się o mój stan zdrowia
* Aby uzyskać pomoc w uzyskaniu świadczeń związanych z 11 września
* Znajomy lub współpracownik uczestniczy w programie i zachęcił mnie do udziału
* Inne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jak długo czekał(a) Pani/Pan z rejestracją w Programie po uzyskaniu informacji o nim?**

* 0–3 miesiące
* 3–6 miesięcy
* 6–9 miesięcy
* 9 miesięcy–rok
* Ponad rok

**Jeżeli zwlekał(a) Pan(i) z rejestracją w Programie, to z jakich powodów?** *(Prosimy zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi).*

* Nie mogłam/-em znaleźć informacji o rejestracji w programie
* Nie miałam/-em żadnych objawów, więc rejestracja nie wydawała mi się potrzebna
* Nie miałam/-em czasu, by zarejestrować się przedtem
* Wystąpił konflikt w pracy
* Nie wiedziałam/-em przedtem o korzyściach z programu
* Korzystałam/-em z opieki własnego lekarza
* Nie sądziłam/-em, że usługi te są oferowane w mojej okolicy
* Nie sądziłam/-em, że moje objawy lub problemy są związane z pracą po 11 września
* Nie wiedziałam/-em, że można nadal przystępować do programu
* Inne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prosimy określić swój poziom zadowolenia z procesu rejestracji w Programie Zdrowotnym WTC?**

* Bardzo zadowolona/-y
* Dość zadowolona/-y
* Zadowolona/-y
* Trochę niezadowolona/-y
* Bardzo niezadowolona/-y

**Czy w procesie rejestracji wystąpiły jakiekolwiek z poniższych problemów?** *(Prosimy zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi).*

* Dezorientacja, trudności w zrozumieniu
* Problemy ze znalezieniem odpowiednich dokumentów
* Formularz był zbyt długi
* Nie mogłam/-em uzyskać pomocy potrzebnej do wypełnienia formularza
* Formularz nie był dostępny w potrzebnym mi języku
* Długo czekałam/-em na informację o przyjęciu
* Musiałam/-em złożyć podanie jeszcze raz
* Inne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Czy uzyskała Pani/uzyskał Pan pomoc podczas rejestracji w Programie?**

* Nie
* Tak

Jeżeli tak, kto udzielił pomocy?

* Osoba z mojego związku zawodowego
* Pracownik Programu Zdrowotnego WTC
* Pracownik innej organizacji
* Współpracownik
* Członek rodziny lub osoba znajoma

W jaki sposób ta osoba udzieliła pomocy? *(Prosimy zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi).*

* Pomogła mi znaleźć dokumenty potwierdzające udział w akcji ratowniczej po 11 września
* Pomogła mi wypełnić formularz
* Wyjaśniła mi znaczenie pytań w formularzu
* Powiedziała mi, jak przesłać formularz (pocztą lub faksem)
* Inne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Czy wystąpiły jakiekolwiek trudności z umówieniem dzisiejszej wizyty?**

* Tak
* Nie

**Jeżeli tak, jakie to były trudności?** *(Prosimy zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi).*

* Udało mi się dodzwonić lub oddzwoniono do mnie dopiero po wielu próbach
* Dzwoniłam/-em wielokrotnie i nikt do mnie nie oddzwonił
* Dostępne terminy były dla mnie niedogodne
* Umówiony termin wizyty przypadał po wielu tygodniach lub miesiącach
* Inne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jak chciał(a)by Pan(i) otrzymywać informacje z Programu Zdrowotnego WTC?** *(Prosimy zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi).*

* Pocztą tradycyjną (listy, biuletyny)
* Pocztą e-mail
* W witrynie internetowej
* W wiadomościach tekstowych (SMS)
* Festyny lokalne
* Inne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Czy korzysta Pan(i) z następujących serwisów społecznościowych?** *(Prosimy zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi).*

Pytanie to zadajemy, ponieważ chcielibyśmy wdrożyć nowe kanały informacji o programie. Wiemy, że coraz więcej pracowników i wolontariuszy biorących udział w akcji po 11 września korzysta z mediów społecznościowych.

* Facebook
* Twitter
* Instagram
* Tumblr
* Pinterest
* Wikipedia
* Inne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dziękujemy bardzo za udzielenie odpowiedzi!**