



**Maelekezo:** Asante kwa kushiriki katika utafiti huu. Maoni yako ni muhimu sana na yatatusaidia kuboresha na kuimarisha jinsi tunavyotoa huduma za afya katika Rhode Island. **Majibu yako yatahifadhiwa kwa siri na manufaa yako hayataathiriwa kwa njia yoyote na majibu yako. Utafiti huu utachukua karibu dakika 4 au 5 kujazwa.**

**Unaweza kutoa majibu kielektroniki kwa kuchanganua msimbo wa QR kwa kutumia kifaa chako cha mkononi au kwa kutuma majibu kwa barua pepe/barua jinsi inavyobainishwa kwenye ukurasa wa 4.**

**1. Je, kwa sasa umejisajili kwenye mpango wa Medicaid Managed Care na unapokea manufaa yako kutoka kwa Neighborhood Health Plan of Rhode Island – TRUST/ACCESS, United Healthcare Community Plan au Tufts Health Public Plan RI Together?**

- Ndiyo  Hapana  Sina Uhakika / Sijui

**Tafadhali tupe maelezo kukuhusu.**

**2. Una umri wa miaka mingapi?**

- Chini ya miaka 18  18-24  25-34  35-44  45-54  55-64  65 na zaidi

**3. Jinsia yako ni gani?**

- Mwanamke  Mwanaume  Si Mwanaume  Jinsia Tofauti  Mwenye Jinsia  Sipendelei  
au Mwanamke na ya Asili Mbili Kujibu
- Unapendelea kujitambulisha kama: Asiyewe mwanaume au mwanamke, mwenye jinsia inayobadilika baada ya muda, asiye na jinsia au jinsia nyingineyo (Tafadhali bainisha)

**4. Kabila/mbari yako ni gani? (Tafadhali chagua moja pekee)**

- Mhindi Mmarekani au Asili ya Alaska  Muasia  Asili ya Hawaii au Visiwa vya Pasifiki
- Mwafrika au Mwafrika Mmarekani  Mzungu  Mhispania/Mlatino
- Mwenye Kabila Nyingi  Sipendelei Kujibu
- Nyingineyo (Tafadhali bainisha)

**Tafadhali tupe maelezo kuhusu afya yako na mahitaji yako ya huduma za afya.**

**5. Unaweza kuelezea afya yako kwa njia gani kwa ujumla?**

- Bora zaidi  Bora  Nzuri/Sawa  Mbaya  Mbaya Sana

**6. Una mtoa huduma wa afya wa kawaida (daktari, muuguzi, kituo cha afya, mwingine) unayemtembelea unapohitaji matibabu?**

- Ndiyo  Hapana  Hapana, lakini ningependa kuwa naye  Hapana, sihitaji kuwa naye
- Mwingine (Tafadhali bainisha)

**7. Kwenye Medicaid Managed Care, mpango wa afya (Neighborhood Health Plan, Tufts Health Plan, au United Healthcare) hukusaidia kusimamia matibabu yako. Ulichagua mpango wa afya unaotumia kwa sasa?**

- Ndiyo       Hapana       Sina Uhakika / Sijui

**8. Ni kitu gani ambacho unazingatia zaidi unapochagua mpango wako wa sasa wa afya? (Chagua moja au zaidi)**

- Ikiwa mtoa huduma wangu wa sasa wa afya (daktari, muuguzi, kituo cha afya, mwingine) anakubali mpango huo
- Watoa huduma wote wa afya (madaktari, wauguzi, vituo vya afya, wengineo) wanapatikana kwenye mpango huo
- Dawa na matibabu yanayoshughulikiwa na mpango huo
- Huduma na manufaa ya ziada yanayotolewa na mpango huo (uanchama wa ukumbi wa mazoezi, kadi za zawadi, n.k.)
- Ni mpango unaozingatiwa kuwa "bora zaidi" au ulio na ukadiriaji wa juu zaidi wa ubora
- Huduma za awali nilizopata mimi mwenyewe kwa kutumia mpango huo wa afya
- Mipango inayopendekezwa na marafiki/familia
- Mengineyo (Tafadhali bainisha)

**9. Ukipata fursa ya kubadilisha mpango wako wa afya, unaweza kuubadilisha?**

- Ndiyo       Hapana

**10. Una mtu kwenye mpango wako wa afya ambaye hukupa usaidizi wa matibabu yako?**

- Ndiyo, Ninaye       Hapana, lakini ningependa kupata usaidizi       Hapana, sihitaji usaidizi       Sina Uhakika/Sijui
- Jingine (Tafadhali bainisha)

**11. Unahitaji usaidizi gani zaidi ili uendelee kudumisha afya yako? (Chagua moja au zaidi)**

- Kupata mtoa huduma wa afya (daktari, muuguzi, kituo cha afya, mwingine)
- Kupata miadi
- Kuweka miadi
- Usafiri wa kwenda kwenye ofisi ya mtoa huduma wangu wa afya (daktari, muuguzi, kituo cha afya, mwingine)
- Huduma za mkalimani
- Kupata dawa
- Kupata matibabu ya meno
- Msaada wa chakula au makazi
- Usaidizi wa kuacha kutumia vibaya pombe au dawa za kulevya
- Usaidizi wa kukabiliana na wasiwasi, mfadhaiko au matatizo mengine ya kihisia
- Usaidizi wa kukabiliana na kisukari, ugonjwa wa moyo au magonjwa mengine
- Usaidizi wa kupata huduma za muda mrefu, matibabu ya nyumbani

**(yameendelezwa kwenye ukurasa unaofuata)**

- Kupata vifaa vya kusaidia kusikia, miwani au bidhaa/vifaa vingine vya matibabu
- Nyinginezo (Tafadhali bainisha)

- Hamna yoyote kati ya huduma hizi

**12. Ikiwa unahitaji usaidizi, ni nani ambaye hukupa usaidizi zaidi wa kiafya/huduma za afya?**

- Mtoa huduma wangu wa afya/wafanyakazi katika ofisi ya mtoa huduma wangu wa afya (daktari, muuguzi, kituo cha afya, mwingine)
- Muuguzi wa kutoa huduma za afya za nyumbani, msaidizi wangu au mtoa huduma mwingine wa afya
- Mtu fulani kwenye mpango wangu wa afya
- Rafiki au mwanafamilia
- Sina wa kunisaidia/ninajihudumia mwenyewe
- Sihitaji usaidizi
- Wengine (Tafadhali bainisha)

**13. Katika miezi 6 iliyopita, umelazwa hospitalini kama mgonjwa?**

- Ndiyo
- Hapana
- Sina Uhakika / Sijui

**14. Ulipewa maagizo ya jinsi ya kujitunza baada ya kuruhusiwa kwenda nyumbani kutoka hospitalini?**

- Ndiyo, ninaelewa cha kufanya
- Nilipewa maagizo, lakini sikuyaelewa yote
- Hapana, sikupewa maagizo kabla ya kuruhusiwa kwenda nyumbani
- Mengineyo (Tafadhali bainisha)

**15. Katika miezi 6 iliyopita, umetembelea Chumba cha Kushughulikia Dharura kwa ajili ya kupata huduma ya afya?**

- Ndiyo
- Hapana
- Sina Uhakika / Sijui
- Mengineyo (Tafadhali bainisha)

**Tafadhali tueleze kiwango cha jinsi unavyokubaliana au kutokubaliana na sentensi zilizo hapo chini:**

	Ninakubali i Kabisa	Ninakubali	Sikatai wala kukubali/ Sina Maoni	Sikubali	Ninakataa Kabisa
Mpango wangu wa afya, watoa huduma wa afya, (madaktari, wauguzi, kituo cha afya, wengineo) na watoa huduma wengine hushirikiana nami ili kunisaidia kudumisha afya yangu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mpango wangu wa afya, watoa huduma wa afya, (madaktari, wauguzi, kituo cha afya, wengineo) na watoa huduma wengine hunisikiliza ninapowaeleza kuhusu mahitaji yangu ya huduma za afya.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mpango wangu wa afya, watoa huduma wa afya, (madaktari, wauguzi, kituo cha afya, wengineo) na watoa huduma wengine huchukua muda wa kuelewa malengo/hali zangu za kibinafsi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ninajua jinsi ya kupata usaidizi/maelezo kuhusu afya yangu ninapoyahitaji.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ninaona kuwa ninadhibiti afya/matibabu yangu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Asante kwa kushiriki maoni yako na mpango wa Medicaid wa Rhode Island.**

**Tafadhali tuma utafiti uliojazwa kwa barua kwa:**

**RI Executive Office of Health & Human Services  
Managed Care Unit  
3 West Road  
Cranston, RI 02920**

**au tuma utafiti uliojazwa kwa barua pepe kwa [ohhs.mcooversight@ohhs.ri.gov](mailto:ohhs.mcooversight@ohhs.ri.gov)**

Huduma za usaidizi wa lugha zinapatikana bila malipo. Piga simu kwa 1-844-602-3469 (TTY 711).