



# 2019 年居家护理 / 私人护理工作谈判调查

## 第 1 部分—工资、福利和退休

我们将于 2019 年 3 月 开始下一份工会合约谈判，像您这样的看护者将与俄勒冈州代表一起坐下来，就我们的下一份合约展开谈判。我们需要知道您希望看到哪些改变。

我们知道有许多重要的问题需要处理，因此我们进行三个部分的调查。

- **11 月：工资、福利和退休**
- 12 月 改善薪酬制度
- 1 月：培训、注册和其他重要问题

### 优先事项

在我们的下一份合约中，您的首要经济优先事项是什么？（选择四项）

- 加薪
- 让消费者的工时和服务免受削减
- 保护我们获得健康保险和牙科 / 眼科保险
- 增加我们的带薪休假福利
- 增加旅行时间和里程费率
- 享有退休福利
- 就我们的所有工时获得报酬
- 专业培训和职业发展
- 其他（请注明）

以下哪项陈述最符合您的意见？ \*

- 在停止对客户服务质量进行任何削减的情况下，保护 / 改善我们的工资。
- 我们应该尽可能采取行动来让客户服务质量免受削减，即使是这样做意味着放弃薪酬增加 / 承受薪酬固定不变。

以下哪项是您最重要的工资问题优先事项？（选择两项）

- 生活成本增加
- 工作经验增加
- 更方便地获得 0.50 美分/小时的专业发展证书差价
- 完成高级培训后会有更大幅度的加薪
- 其他（请注明）

您目前是否可以使用任何类型的退休储蓄？

- 是
- 否

您目前是否拥有专业发展证书（0.50 美分/小时培训差价）？

- 是
- 否
- 目前正在考证
- 我不知道专业发展证书是什么

您是否想与我们推选的 SEIU 谈判团队分享有关工资、福利及 / 或退休的任何其他问题？

你认为自己是全职还是兼职看护者？

- 全职
- 兼职

## 私人居家护理

私人居家护理提供者与消费者聘用的提供者从事相同的工作，但薪酬更低，并且得不到工会的任何保护。让一大批提供者以更低的薪酬从事与我们的工作相同的工作，会削弱我们的谈判能力 — 当我们就合约展开谈判时，州政府指出了私人机构的标准。组织活动的第一步是搜寻我们在行业中的关系。

您或您认识的任何人是否为私人居家护理机构或居家健康机构工作？\*

- 是
- 否

## 关于您和您的工作

您作为看护者经常每月工作几个小时？ \*

- 低于 20 个小时
- 20-79 个小时
- 80-120 个小时
- 120 个小时以上

您主要照看谁？ \*

- 我的孩子
- 我的父母
- 其他家庭成员
- 与我共同居住的人
- 亲密的朋友
- 我的客户与我无关联，我们不住在一起

我为客户提供以下方面的照护：（选择所有适用项） \*

- 与高龄有关的疾病
- 发展性障碍
- 精神疾病
- 其他（请注明）

您更喜欢以哪种联系方式与工会沟通？ \*

- 电子邮箱
- 电话
- 短信
- Facebook
- 写信

您愿意做什么来帮助赢得有力的合约？（选择所有适用项）\*

- 致电或写信给州议员
- 写信给当地报纸的编辑
- 与我所在地区的成员一起参加集会
- 致电或拜访其他成员，以确保他们了解谈判情况
- 与其他看护者会面，就采取更多行动制定策略
- 与谈判团队分享我的故事

## 联系信息

名字\*

姓氏\*

街道地址\*

城市\*

州

邮编

手机号码 †

†提供我的电话号码，即表示我明白服务行业雇员国际工会 (SEIU) 及其当地工会和附属工会可定期使用自动呼叫技术呼叫及 / 或发短信到我的手机。SEIU 不会对短信提醒服务收取任何费用。提醒服务可能会产生运营商信息和流量费用。回复“停止”可停止接收短信；可回复“帮助”获得更多信息。

电子邮箱\*

返回调查至：1730 Commercial Street SE, Salem OR 97302 PO  
Box 12159 Salem OR 97309-0159

发件人 / 组织者名称：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

## 选填人口统计信息

SEIU Local 503 致力于尊重所有成员的多样性。该选填人口统计信息有助于我们了解成员的社会身份。如果您希望跳过此页面，请滚动到底部，并单击“下一页”按钮。

性别

- 女             男             非二元性别     其他

首选代名词

- 她 / 她的         他 / 他的         他们 / 他们的     其他 (请注明)

以下哪一项最能代表您的种族 / 族裔 (勾选所有适用项) :

- 非裔或非裔美国人  
 亚裔或亚裔美国人  
 阿拉伯裔美国人、中东或北非  
 西班牙裔或拉丁裔  
 美洲原住民或土著  
 夏威夷原住民或其他太平洋岛民  
 白种人  
 其他 (请注明)

首选语言

- |                             |                             |                                |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> 英语    | <input type="radio"/> 美国手语  | <input type="radio"/> 粤语       |
| <input type="radio"/> 普通话   | <input type="radio"/> 俄语    | <input type="radio"/> 西班牙语     |
| <input type="radio"/> 越南语   | <input type="radio"/> 阿姆哈拉语 | <input type="radio"/> 海地克里奥尔语  |
| <input type="radio"/> 苗语    | <input type="radio"/> 韩语    | <input type="radio"/> 尼泊尔语     |
| <input type="radio"/> 罗马尼亚语 | <input type="radio"/> 索马里语  | <input type="radio"/> 他加禄语     |
| <input type="radio"/> 提格雷语  | <input type="radio"/> 台山话   | <input type="radio"/> 其他 (请注明) |

我认定自己是 LGBTQIA+

- 正确         不正确

我认定自己为残疾人或残障人士

- 正确         不正确

我认定自己为跨性别者

- 正确         不正确

我认定自己为失聪者或有听力障碍

- 正确         不正确

我认定自己为失明者或有视力障碍

- 正确         不正确