

PA स्वलीनता आवश्यकता मूल्यांकन

यह सर्वेक्षण पूरा करने के लिए आपका धन्यवाद। क्योंकि ज्यादातर उत्तरदाता माता पिता/ अभिभावक होंगे, इसलिए हम स्वलीनता वाले व्यक्ति को "आपके बच्चे" के रूप में संदर्भित करते हैं। स्वलीनता शब्द का इस्तेमाल स्वलीनता स्पेक्ट्रम विकार (ASD) को संदर्भित करने के लिए किया जाता है। कृपया इस सर्वेक्षण को स्वलीनता वाले अपने सबसे बड़े बच्चे के लिए पूरा करें। जब तक अन्यथा न बताया गया हो, तब तक हर प्रश्न के लिए केवल एक उत्तर की पसंद को चिह्नित करें। अगर आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया ASERT Collaborative से info@paautism.org या 1-877-231-4244 पर संपर्क करें।

अनुभाग 1		
कृपया खुद की पहचान बताएँ।		
<input type="checkbox"/> माता	<input type="checkbox"/> पिता	<input type="checkbox"/> पालक माता-पिता
		<input type="checkbox"/> अन्य _____
क्या आप स्वलीनता वाले अपने बच्चे के कानूनी अभिभावक हैं?		
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं
निम्नलिखित में से क्या आपकी मौजूदा वैवाहिक स्थिति का सबसे बेहतर ढंग से वर्णन करता है?		
<input type="checkbox"/> बच्चे के अन्य माता या पिता के साथ विवाहित/उसके साथ रहते हैं	<input type="checkbox"/> बच्चे के अन्य माता या पिता से भिन्न व्यक्ति के साथ विवाहित/उसके साथ रहते हैं	<input type="checkbox"/> कभी शादी नहीं की
	<input type="checkbox"/> विधवा	<input type="checkbox"/> अलग/तलाकशुदा
		<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
आपकी प्रजाति/जातीयता क्या है? <u>लागू होने वाले सभी चुनें।</u>		
<input type="checkbox"/> अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी	<input type="checkbox"/> अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी	<input type="checkbox"/> कोरियाई
<input type="checkbox"/> एशियाई भारतीय	<input type="checkbox"/> चीनी	<input type="checkbox"/> हवाई के मूल निवासी
<input type="checkbox"/> कौकेशियाई/यूरोपीय अमेरिकी	<input type="checkbox"/> फिलिपिनो	<input type="checkbox"/> वियतनामी
	<input type="checkbox"/> हिस्पैनिक या लातीनी	<input type="checkbox"/> अन्य _____
	<input type="checkbox"/> जापानी	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
आपके बच्चे की प्रजाति/जातीयता क्या है? <u>लागू होने वाले सभी चुनें।</u>		
<input type="checkbox"/> अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी	<input type="checkbox"/> अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी	<input type="checkbox"/> कोरियाई
<input type="checkbox"/> एशियाई भारतीय	<input type="checkbox"/> चीनी	<input type="checkbox"/> हवाई के मूल निवासी
<input type="checkbox"/> कौकेशियाई/यूरोपीय अमेरिकी	<input type="checkbox"/> फिलिपिनो	<input type="checkbox"/> वियतनामी
	<input type="checkbox"/> हिस्पैनिक या लातीनी	<input type="checkbox"/> अन्य _____
	<input type="checkbox"/> जापानी	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे

आपका 5-अंकों का ज़िप कोड क्या है?

आपके द्वारा पूरी की गई शिक्षा का उच्चतम स्तर क्या है?		
<input type="checkbox"/> कुछ स्कूली शिक्षा, लेकिन हाई स्कूल पूरा नहीं किया	<input type="checkbox"/> कुछ कॉलेज <input type="checkbox"/> एसोसिएट डिग्री	<input type="checkbox"/> पेशेवर या डॉक्टर की डिग्री जो मास्टर्स की डिग्री डिग्री के बाद है (जैसे MD, DDS, DVM, PhD)
<input type="checkbox"/> हाई स्कूल स्नातक/GED	<input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री	
<input type="checkbox"/> व्यावसायिक/तकनीकी स्कूल	<input type="checkbox"/> मास्टर्स डिग्री	
आपका बच्चा किस साल और महीने में पैदा हुआ था?		
जन्म का महीना (महीना) _____	जन्म का साल (साल) _____	
अपने बच्चे का लिंग क्या है?		
<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> स्त्री	<input type="checkbox"/> अन्य _____
क्या आपका बच्चा गोद लिया गया बच्चा है?		
<input type="checkbox"/> नहीं		
<input type="checkbox"/> हाँ। जब आपने अपने बच्चे को गोद लिया था तो उसकी उम्र क्या थी? _____		
आपके स्वलीनता वाले बच्चे के कितने भाई-बहन हैं? (सौतेले भाई-बहन, अर्ध भाई-बहन, आदि शामिल करें।)		
उन भाई-बहनों में से कितनों का स्वलीनता वाले के रूप में निदान किया हुआ है?		
निम्नलिखित में से कौन-सा आपकी वार्षिक घरेलू आय के सबसे नज़दीक है?		
<input type="checkbox"/> \$0-\$10,000	<input type="checkbox"/> \$40,001-\$50,000	<input type="checkbox"/> \$80,001-\$90,000
<input type="checkbox"/> \$10,001-\$20,000	<input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000	<input type="checkbox"/> \$90,001-\$100,000
<input type="checkbox"/> \$20,001-\$30,000	<input type="checkbox"/> \$60,001-\$70,000	<input type="checkbox"/> \$100,000 +
<input type="checkbox"/> \$30,001-\$40,000	<input type="checkbox"/> \$70,001-\$80,000	
अनुभाग 2		
12 महीने पहले की तुलना में, क्या आप कहेंगे कि स्वलीनता वाले आपके बच्चे का समय स्वास्थ्य है:		
<input type="checkbox"/> बेहतर	<input type="checkbox"/> बदतर	<input type="checkbox"/> समान
कृपया अपनी पसंद को स्पष्ट करें:		
जब आपका बच्चा पिछली बार दंत चिकित्सक से मिला था, तब से कितना समय बीत चुका है? (सभी प्रकार के दंत चिकित्सा पेशेवर/विशेषज्ञ शामिल करें, जैसे ऑर्थोडॉन्टिस्ट, ओरल सर्जन, और दंत स्वच्छता विशेषज्ञ।)		
<input type="checkbox"/> 6 महीने पहले से कम	<input type="checkbox"/> 6 महीने से 1 साल	<input type="checkbox"/> 1 साल पहले से ज़्यादा
जब आपका बच्चा पिछली बार नियमित जाँच के लिए डॉक्टर से मिला था, तब से कितना समय बीत चुका है? (नियमित जाँच सामान्य शारीरिक परीक्षा है, यह विशिष्ट चोट, बीमारी या हालत के लिए परीक्षा नहीं है।)		

<input type="checkbox"/> 6 महीने पहले से कम	<input type="checkbox"/> 6 महीने से 1 साल	<input type="checkbox"/> 1 साल पहले से ज़्यादा
क्या स्वलीनता वाले आपके बच्चे के लिए फ़िलहाल विटामिन के अलावा, कोई दवाई निर्धारित की गई है?		
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं
अगर हाँ, तो कृपया अपने बच्चे के लिए फ़िलहाल निर्धारित दवाओं की सूची बनाएँ।		

अनुभाग 3

अपने बच्चे के लिए स्वलीनता नैदानिक मूल्यांकन करवाना था...

<input type="checkbox"/> बहुत आसान	<input type="checkbox"/> कुछ हद तक आसान	<input type="checkbox"/> कुछ हद तक मुश्किल	<input type="checkbox"/> बहुत मुश्किल	<input type="checkbox"/> लागू नहीं
------------------------------------	---	--	---------------------------------------	------------------------------------

अगर "कुछ हद तक मुश्किल" या "बहुत मुश्किल" था, तो मूल्यांकन किस चीज़ ने मुश्किल बनाया?

लागू होने वाले सभी चुनें।

<input type="checkbox"/> डॉक्टर/पेशेवर ढूँढना	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य बीमा कवरेज	<input type="checkbox"/> बच्चे की देखभाल की कमी
<input type="checkbox"/> परिवहन	<input type="checkbox"/> शेड्यूलिंग की समस्याएँ	<input type="checkbox"/> भाषा की बाधा/ अनुवादक की कमी
<input type="checkbox"/> रेफ़रल प्राप्त करना	<input type="checkbox"/> लागत/सह-भुगतान	<input type="checkbox"/> अन्य _____
<input type="checkbox"/> संरक्षण	<input type="checkbox"/> लंबा प्रतीक्षा समय	

अपना स्वलीनता निदान प्राप्त करने से पहले क्या आपके बच्चे का निम्नलिखित में से कोई निदान हुआ था?

लागू होने वाले सभी चुनें।

<input type="checkbox"/> आशंका विकार	<input type="checkbox"/> बौद्धिक अक्षमता (जिसे पूर्व में मानसिक मंदता के रूप में जाना जाता था)
<input type="checkbox"/> ध्यान की कमी/अति-सक्रियता विकार (ADHD)	<input type="checkbox"/> जुनूनी बाध्यकारी विकार (OCD)
<input type="checkbox"/> द्विध्रुवी विकार	<input type="checkbox"/> विरोधपरक उद्दंड विकार (ODD)
<input type="checkbox"/> केंद्रीय श्रवण प्रक्रिया विकार (CAPD)	<input type="checkbox"/> शिज़ोफ़्रेनिया या अन्य मानसिक विकार
<input type="checkbox"/> आचरण विकार (CD)	<input type="checkbox"/> दौरा/दौरा विकार/मिर्गी
<input type="checkbox"/> अवसाद	<input type="checkbox"/> संवेदी एकीकरण विकार
<input type="checkbox"/> विकासात्मक देरी	<input type="checkbox"/> अभिघात पश्चात तनाव विकार (PTSD)
<input type="checkbox"/> बधिरता	<input type="checkbox"/> पदार्थ उपयोग विकार
<input type="checkbox"/> होर्डिंग विकार	<input type="checkbox"/> कोई नहीं
<input type="checkbox"/> अधिगम अक्षमता	<input type="checkbox"/> अन्य _____

क्या आपके स्वलीनता वाले बच्चे का फ़िलहाल निम्नलिखित में से किसी का निदान हुआ है? लागू होने वाले सभी चुनें।

<input type="checkbox"/> आशंका विकार	<input type="checkbox"/> बौद्धिक अक्षमता (जिसे पूर्व में मानसिक मंदता के रूप में जाना जाता था)
<input type="checkbox"/> ध्यान की कमी/अति-सक्रियता विकार (ADHD)	<input type="checkbox"/> जुनूनी बाध्यकारी विकार (OCD)
<input type="checkbox"/> द्विध्रुवी विकार	<input type="checkbox"/> विरोधपरक उद्दंड विकार (ODD)
<input type="checkbox"/> केंद्रीय श्रवण प्रक्रिया विकार (CAPD)	<input type="checkbox"/> शिज़ोफ़्रेनिया या अन्य मानसिक विकार

<input type="checkbox"/> आचरण विकार (CD)	<input type="checkbox"/> दौरा/दौरा विकार/मिर्गी		
<input type="checkbox"/> अवसाद	<input type="checkbox"/> संवेदी एकीकरण विकार		
<input type="checkbox"/> विकासात्मक देरी	<input type="checkbox"/> अभिघात पश्चात तनाव विकार (PTSD)		
<input type="checkbox"/> बधिरता	<input type="checkbox"/> पदार्थ उपयोग विकार		
<input type="checkbox"/> होर्डिंग विकार	<input type="checkbox"/> कोई नहीं		
<input type="checkbox"/> अधिगम अक्षमता	<input type="checkbox"/> अन्य _____		
आपके स्वलीनता वाले बच्चे का पहला निदान किस प्रकार के पेशेवर ने किया था? <i>लागू होने वाले सभी चुनें!</i>			
<input type="checkbox"/> विकासात्मक बाल-चिकित्सक	<input type="checkbox"/> प्राथमिक देखभाल चिकित्सक (परिवार का डॉक्टर/बाल-चिकित्सक)		
<input type="checkbox"/> न्यूरोलॉजिस्ट	<input type="checkbox"/> मनोचिकित्सक		
<input type="checkbox"/> मनोचिकित्सक	<input type="checkbox"/> मनोवैज्ञानिक		
<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं	<input type="checkbox"/> अन्य _____		
जब आपके बच्चे का स्वलीनता का निदान हुआ, तो वह कितने साल का था?			
<input type="checkbox"/> उम्र _____	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं		
स्वलीनता निदान होने के बाद आपने किस तरह के फॉलो-अप और संसाधन/सेवाएँ प्राप्त कीं? <i>लागू होने वाले सभी चुनें!</i>			
<input type="checkbox"/> फॉलो-अप मुलाकात	<input type="checkbox"/> वेबसाइट साहित्य का रैफरल (जैसे हैंडआउट, सूचना पुस्तिकाएँ)		
<input type="checkbox"/> आगे मूल्यांकन के लिए विशेषज्ञ को रैफरल	<input type="checkbox"/> कोई नहीं		
<input type="checkbox"/> इलाज के लिए विशेषज्ञ को रैफरल	<input type="checkbox"/> अन्य _____		
<input type="checkbox"/> प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं को रैफरल			
<input type="checkbox"/> समर्थन समूहों को रैफरल			
क्या आपके बच्चे को प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएँ मिली हैं?			
<input type="checkbox"/> हाँ। सेवाएँ किस उम्र में शुरू हुईं? _____	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं		
<input type="checkbox"/> नहीं			
क्या आपके बच्चे के पास निम्नलिखित में से कोई प्लान है? <i>लागू होने वाले सभी चुनें!</i>			
<input type="checkbox"/> निजीकृत परिवार सेवा प्लान (IFSP)	<input type="checkbox"/> निजी समर्थन प्लान (ISP)		
<input type="checkbox"/> निजीकृत शिक्षा प्लान (IEP)	<input type="checkbox"/> कोई नहीं		
<input type="checkbox"/> 504 प्लान	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं		
अगर आपके बच्चे के पास निजीकृत परिवार सेवा प्लान (IFSP) है, तो कृपया निम्नलिखित प्रश्न का उत्तर दें। <i>कृपया सभी तीनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें!</i>			
	क्या आप संतुष्ट हैं कि यह प्लान आपके बच्चे की सभी ज़रूरतें पूरी करता है?	क्या आपने नवीनतम IFSP बैठक में भाग लिया था?	क्या इस प्लान में आपकी इनपुट शामिल की गई है?
	हाँ नहीं	हाँ नहीं	हाँ नहीं
निजीकृत परिवार सेवा प्लान (IFSP)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
अगर आपके बच्चे के पास निजीकृत शिक्षा प्लान (IEP) है, तो कृपया निम्नलिखित प्रश्न का उत्तर दें। <i>कृपया सभी तीनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें!</i>			

	क्या आप संतुष्ट हैं कि यह प्लान आपके बच्चे की सभी ज़रूरतें पूरी करता है?		क्या आप नवीनतम IEP बैठक में उपस्थित हुए थे?		क्या इस प्लान में आपकी इनपुट शामिल की गई है?	
	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
निजीकृत शिक्षा प्लान (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

अगर आपके बच्चे के पास 504 प्लान है, तो कृपया निम्नलिखित प्रश्न का उत्तर दें।

कृपया सभी तीनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें।

	क्या आप संतुष्ट हैं कि यह प्लान आपके बच्चे की सभी ज़रूरतें पूरी करता है?		क्या आप नवीनतम 504 प्लान बैठक में उपस्थित हुए थे?		क्या इस प्लान में आपकी इनपुट शामिल की गई है?	
	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
504 प्लान	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

अगर आपके बच्चे के निजी समर्थन प्लान (ISP) है, तो कृपया निम्नलिखित प्रश्न का उत्तर दें।

कृपया सभी तीनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें।

	क्या आप संतुष्ट हैं कि यह प्लान आपके बच्चे की सभी ज़रूरतें पूरी करता है?		क्या आप नवीनतम ISP बैठक में उपस्थित हुए थे?		क्या इस प्लान में आपकी इनपुट शामिल की गई है?	
	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
निजी समर्थन प्लान (ISP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

अनुभाग 4

क्या आपका बच्चा अब निम्नलिखित प्रकार के किसी स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर किया गया है? लागू होने वाले सभी चुनें।

<input type="checkbox"/> निजी स्वास्थ्य बीमा जो आप या परिवार का सदस्य रोज़गार के माध्यम से प्राप्त करता है	<input type="checkbox"/> वयोवृद्ध लाभ या TRICARE
<input type="checkbox"/> निजी स्वास्थ्य बीमा जो आप या परिवार के सदस्य ने खरीदा है (रोज़गार के माध्यम से नहीं)	<input type="checkbox"/> दंत चिकित्सा बीमा
<input type="checkbox"/> Medicaid (चिकित्सा सहायता), CHIP, या Medicare	<input type="checkbox"/> दृष्टि बीमा
	<input type="checkbox"/> बीमा जो नुस्खे की दवाएँ कवर करता है
	<input type="checkbox"/> अन्य _____

क्या आपका बच्चा फ़िलहाल चिकित्सा सहायता या Medicaid में नामांकित है?

<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं
------------------------------	-------------------------------	---

क्या आपका बच्चा फ़िलहाल निम्नलिखित में से किसी चिकित्सा सहायता या Medicaid प्रोग्राम में नामांकित है?

<input type="checkbox"/> वयस्क स्वलीनता छूट	<input type="checkbox"/> समेकित छूट	<input type="checkbox"/> अन्य _____
<input type="checkbox"/> वयस्क समुदाय स्वलीनता प्रोग्राम (ACAP)	<input type="checkbox"/> P/FDS छूट	<input type="checkbox"/> ऊपर में से कोई नहीं
	<input type="checkbox"/> OBRA छूट	

क्या आपका बच्चा फ़िलहाल प्रतीक्षा सूची या रुचि सूची पर है?

<input type="checkbox"/> बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों के लिए प्रोग्राम के लिए प्रतीक्षा सूची (P/FDS या समेकित छूट)

<input type="checkbox"/> स्वलीनता सेवा ब्यूरो (BAS - वयस्क स्वलीनता छूट या ACAP) के माध्यम से प्रोग्राम के लिए रुचि सूची				
<input type="checkbox"/> दोनों				
<input type="checkbox"/> दोनों में से कोई नहीं				
<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं				
अनुभाग 5				
क्या आपके बच्चे ने कभी चिकित्सा कारणों के लिए ज़रूरी दवाओं से भिन्न दवाओं का इस्तेमाल किया है (विटामिन को छोड़कर)?				
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे	
क्या आपके बच्चे को कभी ज़्यादा मात्रा में दवाएँ दी गई हैं (नुस्खे की या गैर-कानूनी)?				
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे	
अनुभाग 6				
पिछले साल में, क्या आप अपने बच्चे को व्यवहारपरक या मनोरोग कारणों से आपातकालीन कक्ष में ले गए हैं?				
<input type="checkbox"/> हाँ, _____ बार	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे		
पिछले साल में, क्या आपका बच्चा व्यवहारपरक या मानसिक कारणों से अस्पताल या अस्पताल-जैसी जगह में भर्ती हुआ है?				
<input type="checkbox"/> हाँ, _____ बार	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे		
कृपया निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर आपके बच्चे के सबसे हाल में अस्पताल या अस्पताल-जैसी जगह में रहने पर के आधार पर पर दें।				
आपके बच्चे को अस्पताल या अस्पताल-जैसी जगह में भर्ती करने का/के कारण क्या था? <i>लागू होने वाले सभी चुनें!</i>				
<input type="checkbox"/> आक्रामकता	<input type="checkbox"/> अवसाद	<input type="checkbox"/> जुनून में उल्लेखनीय वृद्धि		
<input type="checkbox"/> आशंका	<input type="checkbox"/> घर/स्कूल से भागना या गायब हो जाना	<input type="checkbox"/> अन्य _____		
<input type="checkbox"/> उद्दंड/विरोधपरक व्यवहार	<input type="checkbox"/> स्व-हानिकारक व्यवहार	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं		
आप अपने बच्चे के अस्पताल में रहने के निम्नलिखित पहलुओं से कितने संतुष्ट या असंतुष्ट थे?				
	बहुत संतुष्ट	संतुष्ट	असंतुष्ट	बहुत असंतुष्ट
इलाज की गुणवत्ता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
छुट्टी की योजना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कर्मचारियों द्वारा इलाज की योजना में माता-पिता को शामिल करना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आपक बच्चा कैसे भर्ती किया गया था?				
<input type="checkbox"/> मेरा बच्चे (14 साल से कम) उसके माता-पिता द्वारा भर्ती किया गया था				
<input type="checkbox"/> मेरा किशोर बच्चे (14 से 18 साल) उसके माता-पिता द्वारा भर्ती किया गया था और उन्होंने भर्ती की				

सहमति दी थी		
<input type="checkbox"/> मेरा किशोर बच्चे (14 से 18 साल) उसके माता-पिता द्वारा भर्ती किया गया था लेकिन उन्होंने भर्ती की सहमति नहीं दी थी		
<input type="checkbox"/> मेरा वयस्क बच्चे (18 साल या ज़्यादा) खुद भर्ती हुआ था (201, स्वैच्छिक इलाज)		
<input type="checkbox"/> मेरा वयस्क बच्चे (18 साल या ज़्यादा) उसकी इच्छा के विरुद्ध भर्ती किया गया था (302, अनिच्छा इलाज)		
<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे		
आपका बच्चा अस्पताल या अस्पताल-जैसी जगह में कितने समय तक रहा था?		
<input type="checkbox"/> 24 घंटे से कम	<input type="checkbox"/> 24-48 घंटे	<input type="checkbox"/> 2+ दिन, कृपया हमें बताएँ कितने समय तक
क्या व्यवहारपरक या मनोरोग कारणों से अस्पताल या अस्पताल-जैसी जगह में यह आपके बच्चे की पहली भरती थी?		
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं
कृपया व्यवहारपरक या मनोरोग कारणों से आपके बच्चे के अस्पताल में सबसे हाल में रहने के बारे में कोई अतिरिक्त विवरण जोड़ें।		
अनुभाग 7		
क्या पुलिस/न्याय व्यवस्था के साथ आपके बच्चे के व्यवहार के परिणामस्वरूप कभी निम्नलिखित इंटरैक्शन में से कोई हुआ है? <i>लागू होने वाले सभी चुनें!</i>		
<input type="checkbox"/> पुलिस ने कॉल किया	<input type="checkbox"/> जेल में समय बिताया	
<input type="checkbox"/> पुलिस द्वारा यातायात उल्लंघन से भिन्न किसी अन्य चीज़ के लिए रोका और पूछताछ की	<input type="checkbox"/> दुष्कर्म या घोर अपराध का आरोप लगाया गया	
	<input type="checkbox"/> परिवीक्षा या पैरोल पर गए	
<input type="checkbox"/> पुलिस चेतावनी जारी की गई (यातायात उल्लंघन से भिन्न)	<input type="checkbox"/> अन्य _____	
	<input type="checkbox"/> कोई नहीं	
<input type="checkbox"/> प्रशस्ति पत्र जारी किया गया	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे	
<input type="checkbox"/> पुलिस ने गिरफ्तार किया		
क्या आपका बच्चा कभी अपराध का शिकार हुआ है?		
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
अगर आप सुविधा महसूस करें, तो कृपया पुलिस या अन्य न्याय प्रणाली कर्मियों के साथ या अपराध के शिकार के रूप में अपने बच्चे के अनुभव की ज़्यादा जानकारी साझा करें।		
अनुभाग 8		

अगर आप स्वलीनता वाले व्यक्ति के पालक माता-पिता हैं, तो कृपया निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें। अन्यथा, कृपया अनुभाग 9 पर जाएं।

पिछले साल में, क्या आपने पालक माता-पिता के रूप में अपनी भूमिका और ज़िम्मेदारियों के लिए संसाधन, प्रशिक्षण या समर्थन प्राप्त किया है?

हाँ नहीं

अगर हाँ, तो कृपया निर्दिष्ट करें कि समर्थन, प्रशिक्षण, या संसाधनों किसने प्रदान किए, और क्या आपको लगा था कि प्रशिक्षण ने आपको अपनी भूमिकाओं और ज़िम्मेदारियों के लिए तैयार किया था। *कृपया सभी तीनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें।*

	क्या आपने प्रशिक्षण, समर्थन, या संसाधन इस एजेंसी से प्राप्त किए थे?		क्या आपने इस प्रशिक्षण के बाद तैयार महसूस किया था?			क्या यह प्रशिक्षण स्वलीनता विशिष्ट था?		
	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं	लागू नहीं	हाँ	नहीं	लागू नहीं
काउंटी बाल और युवा एजेंसी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
बच्चे के स्कूल से	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
निजी पालक देखभाल एजेंसी, कृपया निर्दिष्ट करें _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अन्य _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

कृपया अपने पालक देखभाल अनुभव के बारे में निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें।

	लगभग कभी नहीं/कभी नहीं	कभी-कभी	आम तौर से	हमेशा/लगभग हमेशा
क्या आपको अपने बच्चे के लिए इलाज टीम के भाग के रूप में शामिल किया गया है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
क्या आपको अपने बच्चे की देखभाल के बारे में अन्य बैठकों में शामिल किया गया है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
जब आप मदद माँगते हैं, तो क्या मदद मिलती है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

अनुभाग 9

पिछले साल में, क्या आपके बच्चे को आवासीय सुविधा में रखा गया है?

हाँ नहीं, लेकिन फिलहाल प्रतीक्षा सूची पर है नहीं, और प्रतीक्षा सूची पर नहीं है उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे

अगर आपके बच्चे को आवासीय सुविधा में रखा गया है, तो कृपया निम्नलिखित प्रश्नों का उत्तर दें। अन्यथा, कृपया अनुभाग 10 पर जाएं।

आवासीय सुविधा आपके घर से कितने मील की दूरी पर है?

0-20 मील 41-60 मील 81-100 मील निश्चित नहीं हैं
 21-40 मील 61-80 मील 100 मील से ज्यादा

आपको बच्चे को आवासीय सुविधा में क्यों रखा था? *लागू होने वाले सभी चुनें।*

<input type="checkbox"/> आक्रामकता	<input type="checkbox"/> घर/स्कूल से भागना
<input type="checkbox"/> आशंका	<input type="checkbox"/> स्व-हानिकारक व्यवहार
<input type="checkbox"/> उद्दंड/विरोधपरक व्यवहार	<input type="checkbox"/> जुनून में उल्लेखनीय वृद्धि
<input type="checkbox"/> अवसाद	<input type="checkbox"/> अन्य _____

आवासीय इलाज सुविधा में आपके बच्चे का आवास कितना लंबा है/था?

एक सप्ताह से कम 1-4 सप्ताह 4 सप्ताह से ज्यादा

आवासीय सुविधा में अपने बच्चे के रहने के निम्नलिखित पहलुओं से आप कितने संतुष्ट या असंतुष्ट थे?

	बहुत संतुष्ट	संतुष्ट	असंतुष्ट	बहुत असंतुष्ट
इलाज की गुणवत्ता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
छुट्टी की योजना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कर्मचारियों द्वारा इलाज की योजना में माता-पिता को शामिल करना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

क्या आपकी छुट्टी की योजना में समुदाय-आधारित सेवाओं के बारे में जानकारी (मनोरंजन, खेल, स्वयंसेवक अवसर, या अन्य) शामिल थी?

हाँ नहीं निश्चित नहीं हैं

क्या इलाज/छुट्टी की योजना इस तरह लिखी गई थी जो आसानी से समझ आ सके?

हाँ नहीं

अनुभाग 10

क्या आपका बच्चा निम्नलिखित गतिविधियों में सक्षम है?

	स्वतंत्र रूप से	मदद के साथ	सक्षम नहीं है	लागू नहीं
टॉयलेट करना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
खुद खाना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
खुद तैयार होना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
उन चीजों के लिए अनुरोध करना जिसकी उन्हें जरूरत है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
उन चीजों के लिए अनुरोध करना जिसकी उन्हें इच्छा है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
बीमार होने/चोट लगने पर संकेत करना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
भोजन पकाना/भोजन की तैयारी करना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पैसे का प्रबंध करना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ड्राइविंग/सार्वजनिक परिवहन/बाइक चलाकर आसपास जाना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

क्या आपके बच्चे को फ़िलहाल निम्नलिखित में से कोई सेवा या अन्य समर्थन मिल रहा है? *लागू होने वाले सभी चुनें।*

<input type="checkbox"/> स्व-हानिकारक व्यवहार	<input type="checkbox"/> आक्रामक व्यवहार	<input type="checkbox"/> कोई नहीं
<input type="checkbox"/> नींद की समस्याएँ	<input type="checkbox"/> भाग जाना	
<input type="checkbox"/> आशंका	<input type="checkbox"/> टॉयलेट करना	

क्या आपके बच्चे को फ़िलहाल व्यवहारपरक स्वास्थ्य पुनर्वास सेवाएँ (BHRS या 'wraparound') मिल रही हैं?

<input type="checkbox"/> हाँ, स्कूल में	<input type="checkbox"/> नहीं, लेकिन मूल्यांकन पूरा हो चुका है, योजना तैयार हो रही है
<input type="checkbox"/> हाँ, घर पर/समुदाय में	<input type="checkbox"/> नहीं
<input type="checkbox"/> हाँ, स्कूल में और घर पर/समुदाय में दोनों	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं
<input type="checkbox"/> नहीं, लेकिन मूल्यांकन की प्रतीक्षा हो रही है	

अगर हाँ, तो आप इलाज टीम से प्राप्त समर्थन से कितने खुश हैं?

<input type="checkbox"/> बहुत खुश	<input type="checkbox"/> खुश	<input type="checkbox"/> नाखुश	<input type="checkbox"/> बहुत नाखुश
-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

अनुभाग 11

क्या आपका बच्चा फ़िलहाल रोज़गार में है? कृपया केवल भुगतान-शुदा पद शामिल करें।

<input type="checkbox"/> हाँ, पूरे समय रोज़गार में (35 घंटे प्रति सप्ताह या ज़्यादा)	<input type="checkbox"/> नहीं, लेकिन फ़िलहाल रोज़गार की तलाश में है
	<input type="checkbox"/> नहीं, वे सेवानिवृत्त हो चुके हैं
<input type="checkbox"/> हाँ, अंश-कालिक रोज़गार में (प्रति सप्ताह 35 घंटे से कम)	<input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त नहीं हैं और रोज़गार की तलाश में नहीं हैं

अगर हाँ, तो आपके बच्चे का काम किस प्रकार का है?

<input type="checkbox"/> कार्यालय/प्रशासनिक सहायता	<input type="checkbox"/> खाद्य पदार्थ की तैयारी/सर्विंग	<input type="checkbox"/> उत्पादन/विनिर्माण
<input type="checkbox"/> बिक्री पद (खुदरा सहित)	<input type="checkbox"/> परिवहन/सामग्री संभाल	<input type="checkbox"/> अन्य _____

क्या आपका बच्चा फ़िलहाल व्यावसायिक पुनर्वास कार्यालय (OVR) के माध्यम से सेवाएँ प्राप्त कर रहा है या उन्होंने ये पहले प्राप्त की हैं?

<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
------------------------------	-------------------------------	---	--

काम ढूँढ़ने और उसे बनाए रखने के लिए, आपके विचार से आपके बच्चे को किस प्रकार के समर्थन की ज़रूरत है? लागू होने वाले सभी चुनें।

<input type="checkbox"/> रोज़गार के अवसर खोजने में मदद	<input type="checkbox"/> लगातार समर्थन
<input type="checkbox"/> आवेदन-पत्र और साक्षात्कार में समर्थन	<input type="checkbox"/> किसी समर्थन की ज़रूरत नहीं होगी
<input type="checkbox"/> समस्याएँ या नई स्थितियाँ आने पर समर्थन	<input type="checkbox"/> अन्य _____
<input type="checkbox"/> अल्पकालिक समर्थन	

अनुभाग 12

आपका बच्चा फ़िलहाल कहाँ रह रहा है?

<input type="checkbox"/> परिवार के घर में माता-पिता या अन्य रिश्तेदारों के साथ	<input type="checkbox"/> समर्थन के साथ खुद रहता है (किराये पर या खुद)
<input type="checkbox"/> आवासीय सुविधा में (राज्य अस्पताल या राज्य केंद्र सहित)	<input type="checkbox"/> समर्थन के बिना खुद रहता है (किराये पर या खुद)
<input type="checkbox"/> समूह घर में	<input type="checkbox"/> बेघर

<input type="checkbox"/> कमरे के साथी/पति या पत्नी के साथ (किराये पर या खुद)		<input type="checkbox"/> अन्य _____	
आपका बच्चा इस मौजूदा आवास स्थिति में कब से रह रहा है?			
<input type="checkbox"/> पूरा बचपन	<input type="checkbox"/> 1 साल से कम	<input type="checkbox"/> 1-2 साल	<input type="checkbox"/> 3-5 साल
<input type="checkbox"/> 5 साल से ज्यादा			
आप अपने बच्चे की आवास की मौजूदा व्यवस्था से कितने खुश हैं?			
<input type="checkbox"/> बहुत खुश	<input type="checkbox"/> खुश	<input type="checkbox"/> नाखुश	<input type="checkbox"/> बहुत नाखुश
आपके बच्चे के लिए चीज़ें फेंकना कितना मुश्किल है चाहे वे उनका इस्तेमाल न करते हों?			
<input type="checkbox"/> बहुत मुश्किल	<input type="checkbox"/> कुछ हद तक मुश्किल	<input type="checkbox"/> बिल्कुल मुश्किल नहीं	
आपके बच्चे के क्षेत्रों में अव्यवस्था कितनी बार उनकी दैनिक गतिविधियों के बाधा देती है? (उदाहरण के लिए, खिलौने, स्कूल की सामग्री, या उनका अन्य सामान न मिलना, या अपने स्थान में चलने-फिरने में समस्या होना।)			
<input type="checkbox"/> हमेशा	<input type="checkbox"/> ज्यादातर समय	<input type="checkbox"/> कभी-कभी	<input type="checkbox"/> कभी नहीं
अनुभाग 13			
क्या आपका बच्चा फ़िलहाल स्कूल में है?			
<input type="checkbox"/> हाँ		<input type="checkbox"/> नहीं	
अगर हाँ, तो वे फ़िलहाल स्कूल में किस स्तर पर हैं?			
<input type="checkbox"/> पूर्व-किंडरगार्टन	<input type="checkbox"/> हाई स्कूल	<input type="checkbox"/> व्यावसायिक प्रशिक्षण	
<input type="checkbox"/> किंडरगार्टन	<input type="checkbox"/> दो साल का कॉलेज	<input type="checkbox"/> अन्य _____	
<input type="checkbox"/> प्राथमिक स्कूल	<input type="checkbox"/> चार साल का कॉलेज		
<input type="checkbox"/> मिडिल स्कूल	<input type="checkbox"/> स्नातक स्कूल		
अगर नहीं, तो आपके बच्चे की शिक्षा का उच्चतम स्तर क्या है?			
<input type="checkbox"/> कोई स्कूली शिक्षा पूरी नहीं की	<input type="checkbox"/> व्यावसायिक/तकनीकी स्कूल	<input type="checkbox"/> पेशेवर या डॉक्टर की डिग्री जो मास्टर्स की डिग्री डिग्री के बाद है (जैसे MD, DDS, DVM, PhD)	
<input type="checkbox"/> कुछ स्कूली शिक्षा, लेकिन हाई स्कूल पूरा नहीं किया	<input type="checkbox"/> कुछ कॉलेज		
<input type="checkbox"/> हाई स्कूल स्नातक/GED या वैकल्पिक क्रेडेंशियल	<input type="checkbox"/> एसोसिएट डिग्री		
	<input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री		
	<input type="checkbox"/> मास्टर्स डिग्री		
अगर आपका बच्चा फ़िलहाल स्कूल में है, तो कृपया निम्नलिखित प्रश्नों का उत्तर दें। अन्यथा, कृपया अनुभाग 14 पर जाएँ।			
पिछले साल में, क्या आपके बच्चे को स्कूल में निम्नलिखित में से किसी तरीके से अनुशासित किया गया है? <u>लागू होने वाले सभी चुनें।</u>			
<input type="checkbox"/> टाइम-आउट/डी-एस्केलेशन कमरा	<input type="checkbox"/> निरोध	<input type="checkbox"/> निष्कासन	
	<input type="checkbox"/> स्कूल-में निलंबन	<input type="checkbox"/> ऊपर में से कोई नहीं	
<input type="checkbox"/> कक्षा से बाहर भेजा गया	<input type="checkbox"/> स्कूल-से-बाहर निलंबन		

आपका बच्चा फ़िलहाल विशेष शिक्षा की किस श्रेणी में रखा गया है? लागू होने वाले सभी चुनें।

<input type="checkbox"/> स्वलीनता समर्थन	<input type="checkbox"/> अनेक अक्षमताएँ
<input type="checkbox"/> भावनात्मक समर्थन	<input type="checkbox"/> कोई नहीं (मेरा बच्चा विशेष शिक्षा सेवाएँ प्राप्त नहीं कर रहा)
<input type="checkbox"/> अधिगम अक्षमताएँ	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं
<input type="checkbox"/> बौद्धिक अक्षमता (पूर्वतः मानसिक मंदता)	<input type="checkbox"/> अन्य _____

अनुभाग 14

जब आप अपने बच्चे की देखभाल करने में सक्षम नहीं होंगे, तो उसके लिए आपके पास क्या दीर्घकालिक योजनाएँ हैं?
लागू होने वाले सभी चुनें।

<input type="checkbox"/> आवास योजनाओं की व्यवस्था	<input type="checkbox"/> नामित संरक्षण	<input type="checkbox"/> फिलहाल योजनाएँ तैयार कर रहे हैं
<input type="checkbox"/> वित्तीय ट्रस्ट बनाना	<input type="checkbox"/> नामित पावर ऑफ अटॉर्नी	<input type="checkbox"/> इस समय कोई नहीं

इन योजनाओं को बनाने और बनाए रखने के बारे में आप कितने चिंतित हैं?

	बहुत चिंतित	चिंतित	कुछ हद तक चिंतित	चिंतित नहीं	लागू नहीं
आवास योजनाओं की व्यवस्था	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
वित्तीय ट्रस्ट बनाना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
नामित संरक्षण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
नामित पावर ऑफ अटॉर्नी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
फिलहाल योजनाएँ तैयार कर रहे हैं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

क्या आपको लगता है कि इन योजनाओं को उचित रूप से तैयार करने के लिए आपके पास संसाधन हैं?

	हाँ	नहीं	लागू नहीं
आवास योजनाओं की व्यवस्था	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
वित्तीय ट्रस्ट बनाना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
नामित संरक्षण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
नामित पावर ऑफ अटॉर्नी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
फिलहाल योजनाएँ तैयार कर रहे हैं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

अनुभाग 15

कृपया अपने बच्चे के बारे में निम्नलिखित सेवाओं को चेक करें जिनके बारे में या तो आप जानते हैं, उनमें शामिल हैं, या जिनकी आपको और जानकारी चाहिए:

	जिनमें शामिल हैं	जिनकी जानकारी है	जिनकी और जानकारी चाहिए
व्यावसायिक पुनर्वास कार्यालय	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सामाजिक सुरक्षा लाभ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अन्य सरकारी सहायता (फूड स्टैंप्स, रियायती आवास, आदि।)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

अनुभाग 16

कृपया संकेत करें कि क्या निम्नलिखित चुनौतियाँ आपके बच्चे के द्वारा समुदाय में गतिविधियों में भाग लेने में हस्तक्षेप करती हैं या उसे रोकती हैं, जैसे, खेल, क्लब, शौक, या अन्य व्यवस्थित गतिविधियाँ।

	हाँ	नहीं	निश्चित नहीं हैं
भावनात्मक चुनौतियाँ (चिंता, अवसाद, भय, आदि।)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
व्यवहारपरक चुनौतियाँ (आक्रामकता, स्व-हानिकारक व्यवहार, आदि।)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
शारीरिक चुनौतियाँ (पहुँच, गतिशीलता, आदि।)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

क्या आपका बच्चा निम्नलिखित गतिविधियों में भाग लेता है? *कृपया दोनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें।*

	क्या वे भाग लेते हैं?		अगर हाँ, तो कृपया संकेत करें कि वे प्रति सप्ताह कितने घंटे भाग लेते हैं
	हाँ	नहीं	घंटे
स्वैच्छिक काम	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
समूह, क्लब या संगठन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
आध्यात्मिक या धार्मिक गतिविधियाँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
व्यायाम	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
आयोजित या मनोरंजक खेल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
शौक या विशेष रुचियाँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
घर के काम/कर्तव्य	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
दोस्तों के साथ सामाजिक गतिविधियाँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
अन्य गतिविधियाँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

अनुभाग 17

कृपया वे उत्तर चुनें जो अपने बच्चे के लिए सेवाएँ प्राप्त करने में आपके अनुभव प्रतिबिंबित करती हैं।

	दृढ़ता से सहमत	सहमत	असहमत	दृढ़ता से असहमत	लागू नहीं
सामान्य में, मुझे अपने बच्चे के लिए सेवाएँ प्राप्त करने में अवरोधों का अनुभव हुआ है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मेरे बच्चे के डॉक्टर और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता उनके साथ पर्याप्त समय बिताते हैं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मेरे बच्चे के डॉक्टर और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता मेरी बात ध्यान से सुनते हैं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मेरे बच्चे के डॉक्टर और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता मेरे परिवार के मूल्यों और परंपराओं के प्रति संवेदनशील हैं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अपने बच्चे के डॉक्टर या अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता चीजों को इस तरह स्पष्ट करते हैं कि उन्हें समझना आसान होता है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

कृपया हमें अपने बच्चे की स्वास्थ्य और शिक्षा सेवा ज़रूरतों के बारे में बताएँ। कृपया दोनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें।

	मेरा बच्चा यह सेवा प्राप्त कर रहा है		क्या आपके बच्चे को इस सेवा की और ज्यादा जरूरत है?	
	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
मानसिक स्वास्थ्य परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
वाणी / भाषा उपचार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पेशे-संबंधी उपचार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
शारीरिक उपचार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सामाजिक कौशल प्रशिक्षण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
व्यवहारपरक समर्थन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एक-से-एक समर्थन (जैसे TSS, BSC, व्यवहारपरक विशेषज्ञ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
समर्थन समन्वयन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मोबाइल उपचार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
प्रकरण प्रबंधन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

लाभ परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
तंत्रिका विज्ञान सेवाएँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दवा प्रबंधन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
यौन स्वास्थ्य शिक्षा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
संबंधों पर परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ग्रीष्मकालीन शिविर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ग्रीष्मकालीन स्कूल (ESY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
व्यावसायिक प्रशिक्षण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
संक्रमण योजना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
समर्थित रोज़गार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कैरियर परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दाँतों की देखभाल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

कृपया हमें बताएं कि क्या आप निम्नलिखित सेवाओं के संबंध में निम्नलिखित कथनों से सहमत हैं: " यह सेवा प्रदान करने वाले पेशेवरों के पास मेरे बच्चे के साथ काम करने के लिए जरूरी कौशल है।"

	दृढ़ता से सहमत	सहमत	असहमत	दृढ़ता से असहमत	लागू नहीं
मानसिक स्वास्थ्य परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
वाणी / भाषा उपचार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पेशे-संबंधी उपचार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
शारीरिक उपचार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सामाजिक कौशल प्रशिक्षण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
व्यवहारपरक समर्थन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एक-से-एक समर्थन (जैसे TSS, BSC, व्यवहारपरक विशेषज्ञ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
समर्थन समन्वयन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मोबाइल उपचार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
प्रकरण प्रबंधन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
लाभ परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
तंत्रिका विज्ञान सेवाएँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दवा प्रबंधन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

यौन स्वास्थ्य शिक्षा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
संबंधों पर परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ग्रीष्मकालीन शिविर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ग्रीष्मकालीन स्कूल (ESY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
व्यावसायिक प्रशिक्षण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
संक्रमण योजना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
समर्थित रोज़गार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कैरियर परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
प्राथमिक स्वास्थ्य-सेवा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दाँतों की देखभाल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अपने बच्चे के लिए सेवाएं प्राप्त करने की कोशिश करते समय आपको निम्नलिखित में से कौन सी बाधाओं का अनुभव होता है? <u>लागू होने वाले सभी चुनें।</u>					
<input type="checkbox"/> परिवहन		<input type="checkbox"/> प्रदाताओं पर्याप्त कर्मचारी नहीं हैं			
<input type="checkbox"/> शेड्यूलिंग की समस्याएँ		<input type="checkbox"/> प्रदाता क्षेत्र में स्वलीनता वाले लोगों की देखभाल नहीं करते			
<input type="checkbox"/> क्षेत्र में पर्याप्त सेवा प्रदाता नहीं हैं		<input type="checkbox"/> कोई नहीं			
<input type="checkbox"/> सेवाओं की लागत/मेरा बीमा उपलब्ध सेवाएँ कवर नहीं करता		<input type="checkbox"/> अन्य _____			
<input type="checkbox"/> क्षेत्र में कोई सेवा प्रदाता नहीं है					
क्या आपके बच्चे के पास औपचारिक संप्रेषण प्रणाली है? (उदाहरण के लिए, चित्र विनिमय संप्रेषण प्रणाली (PECS), टेब्लेट, वाणी सृजन डिवाइस, या अन्य संवर्धित संचार प्रणाली।)					
<input type="checkbox"/> हाँ		<input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> अन्य _____	
तो कृपया वह वीर सेटिंग्स चुने जहाँ आपका बच्चा अपनी संप्रेषण प्रणाली का इस्तेमाल करता/ती है। <u>लागू होने वाले सभी चुनें।</u>					
<input type="checkbox"/> होम		<input type="checkbox"/> स्कूल		<input type="checkbox"/> अन्य _____	
<input type="checkbox"/> काम		<input type="checkbox"/> समुदाय में			

अनुभाग 18

परिवहन के मामले में, आपका बच्चा सामान्य रूप से वहाँ कैसे पहुंचता है जहाँ उसे जाने की जरूरत है? लागू होने वाले

सभी चुनें।		
<input type="checkbox"/> निजी देखभाल में खुद ड्राइव करता/ती है	<input type="checkbox"/> स्वयंसेवक ड्राइवर के साथ निजी कार में यात्री	
<input type="checkbox"/> माता-पिता या परिवार के अन्य सदस्यों के साथ निजी कार में यात्री	<input type="checkbox"/> सार्वजनिक ट्रांजिट	
<input type="checkbox"/> दोस्तों के साथ निजी कार में यात्री	<input type="checkbox"/> परिवहन दिन के प्रोग्राम द्वारा प्रदान किया जाता है	
<input type="checkbox"/> देश, नगर पालिका या गैर-मुनाफ़ा संस्था द्वारा बस/वैन संचालित की जाती है	<input type="checkbox"/> परिवहन समूह होम द्वारा प्रदान किया जाता है	
<input type="checkbox"/> टैक्सी या अन्य किराया का वाहन	<input type="checkbox"/> परिवहन स्कूल/शैक्षिक संस्था द्वारा प्रदान किया जाता है	
<input type="checkbox"/> चलना	<input type="checkbox"/> साइकिल	
<input type="checkbox"/> साइकिल	<input type="checkbox"/> साइकिल सवारी (Uber, Lyft)	
	<input type="checkbox"/> साइकिल कार (जैसे ZipCar, एंटरप्राइज़ कार शेयर)	
	<input type="checkbox"/> अन्य _____	
अनुभाग 19		
क्या आप सहायता समूह या हिमायत समूह के भाग हैं?		
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं, लेकिन पहले था	<input type="checkbox"/> नहीं, लेकिन होना चाहेंगे
<input type="checkbox"/> नहीं		
अगर आप फ़िलहाल समर्थन या हिमायत समूह के भाग हैं या थे, तो यह ऑनलाइन या व्यक्तिगत रूप में?		
<input type="checkbox"/> ऑनलाइन	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत रूप में	<input type="checkbox"/> दोनों
अगर आप फ़िलहाल समर्थन या हिमायत समूह में हैं जब पहले रहे हैं, तो कृपया बताएं कि आप इस समूह के भाग क्यों हैं? <i>लागू होने वाले सभी चुनें।</i>		
<input type="checkbox"/> दोस्ती/समाजीकरण	<input type="checkbox"/> समान रुचियाँ / अनुभव	<input type="checkbox"/> इसकी सिफारिश की गई थी
<input type="checkbox"/> संसाधन साझा करना	<input type="checkbox"/> जागरूकता बढ़ाना	<input type="checkbox"/> बदलना
		<input type="checkbox"/> अन्य _____
अगर आप समर्थन या हिमायत समूह में नहीं हैं या नहीं रहे हैं, तो कृपया इसका कारण चुनें कि आप समर्थन या हिमायत समूह में भाग क्यों नहीं ले रहे। <i>लागू होने वाले सभी चुनें।</i>		
<input type="checkbox"/> परिवहन	<input type="checkbox"/> पर्याप्त समय नहीं है	<input type="checkbox"/> खर्च/सदस्यता शुल्क लगता है
<input type="checkbox"/> मेरे क्षेत्र में कोई नहीं है/बहुत दूर है	<input type="checkbox"/> आयु/रुचि के उपयुक्त नहीं है	
<input type="checkbox"/> रुचि नहीं है	<input type="checkbox"/> बहिष्कृत महसूस करते हैं/फिट नहीं होते	<input type="checkbox"/> अन्य _____

अनुभाग 20
क्या आपके बच्चे को इनके साथ तालमेल बिठाने में परेशानी होती है...

	हमेशा	कभी-कभी	कभी नहीं	लागू नहीं	
माता-पिता या अन्य देखभाल-कर्ता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
भाई और बहन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
विस्तारित परिवार के सदस्य (दादा-दादी, चाची, मामा, आदि।)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
अन्य लोगों के साथ जो घर आते हैं, और सामाजिक रूप से उचित व्यवहार का इस्तेमाल करने में	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
कृपया हमें अपनी पारिवारिक समर्थन सेवा की जरूरतों के बारे में बताएं। कृपया दोनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें।					
	क्या आपका परिवार प्राप्त कर रहा है?		मेरे परिवार को यह सेवा और ज्यादा चाहिए		
	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं	
राहत देखभाल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
वयस्क दिवस-देखभाल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
परिवार का परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
भाई-बहन सहायता समूह	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
भाई-बहन मानसिक स्वास्थ्य परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
माता-पिता सहायता समूह	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
माता-पिता मानसिक स्वास्थ्य परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
आप निम्नलिखित में से हरेक कथन से कितनी दृढ़ता से सहमत या असहमत हैं: "यह सेवा प्रदान करने वाले पेशेवरों के पास मेरे बच्चे के साथ काम करने के लिए जरूरी कौशल है।"					
	दृढ़ता से सहमत	सहमत	असहमत	दृढ़ता से असहमत	लागू नहीं
राहत देखभाल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
वयस्क दिवस-देखभाल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
परिवार का परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
भाई-बहन सहायता समूह	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
भाई-बहन मानसिक स्वास्थ्य परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
माता-पिता सहायता समूह	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
माता-पिता मानसिक स्वास्थ्य परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

आप निम्नलिखित में से हरेक कथन से कितनी दृढ़ता से सहमत या असहमत हैं: "यह सेवा मेरे परिवार की जरूरतों को प्रभावी ढंग से पूरा कर रही है।"

	दृढ़ता से सहमत	सहमत	असहमत	दृढ़ता से असहमत	लागू नहीं
राहत देखभाल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
वयस्क दिवस-देखभाल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
परिवार का परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
भाई-बहन सहायता समूह	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
भाई-बहन मानसिक स्वास्थ्य परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
माता-पिता सहायता समूह	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
माता-पिता मानसिक स्वास्थ्य परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

परिवार समर्थन सेवाओं तक पहुंच करने में आपको किन सीमाओं या बाधाओं का सामना करना पड़ता है? लागू होने वाले सभी चुनें।

<input type="checkbox"/> परिवहन	<input type="checkbox"/> क्षेत्र में कोई सेवा प्रदाता नहीं है	<input type="checkbox"/> कोई नहीं
<input type="checkbox"/> शेड्यूलिंग की समस्याएँ	<input type="checkbox"/> सेवाओं की लागत/मेरा बीमा उपलब्ध सेवाओं को कवर नहीं करता	<input type="checkbox"/> अन्य _____
<input type="checkbox"/> क्षेत्र में पर्याप्त सेवा प्रदाता नहीं हैं		

आपके बच्चे की स्वलीनता ने आपके परिवार की कार्यबल भागीदारी को किन तरीकों से प्रभावित किया है (अगर कोई हो)? लागू होने वाले सभी चुनें।

	में	मेरा जीवन-साथी
घर के बाहर काम करना बंद कर दिया है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
काम के घंटे कम कर दिए हैं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
काम के घंटे बढ़ा दिए हैं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
नियोक्ता बदल दिया है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
काम का प्रकार बदल दिया है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
काम का शेड्यूल बदल दिया है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
समान नियोक्ता के साथ पद बदल दिया है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
परिवार चिकित्सा अवकाश अधिनियम (FMLA) का इस्तेमाल किया है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
तरक्की/प्रगति का अवसर खो दिया है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
रोज़गार से बर्खास्त कर दिया गया है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अनुशासित/निलंबित कर दिया गया है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कोई नहीं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

अन्य _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
हम आपके समुदाय में आपकी भागीदारी के बारे में पूछना चाहेंगे।					
क्या आप निम्नलिखित गतिविधियों में भाग लेते हैं? कृपया दोनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें।					
	क्या आप भाग लेते हैं?		अगर हां, तो कृपया बताएँ कि हर हफ्ते आप कितने घंटे भाग लेते हैं।		
	हाँ	नहीं	घंटे		
स्वैच्छिक काम	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
सामुदायिक समूह/संगठन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
आध्यात्मिक या धार्मिक गतिविधियाँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
व्यायाम	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
शौक या विशेष रुचियाँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
घर के काम/कर्तव्य	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
दोस्तों के साथ सामाजिक गतिविधियाँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
अन्य गतिविधियाँ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
कृपया हमें बताएं कि क्या आपने पिछले 30 दिनों में निम्नलिखित गतिविधियों में उस सीमा तक भाग लिया है जितना आप चाहते हैं, और क्या ये गतिविधियाँ आपके लिए महत्वपूर्ण हैं। कृपया दोनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें।					
	क्या आप यह गतिविधि करते हैं?			यह गतिविधि मेरे लिए महत्वपूर्ण है	
	काफी	अपर्याप्त	बहुत ज़्यादा	हाँ	नहीं
लाइब्रेरी में जाना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
जिम, स्वास्थ्य या व्यायाम क्लब, पूल सहित, या खेल कार्यक्रम (गेंदबाजी, टेनिस, लघु गोल्फ़, आदि) में भाग लेना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
हिमायत समूह/संगठन में जाना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सामाजिक समूह में जाना समुदाय (उदाहरण के लिए, पुस्तक क्लब, हॉबी समूह, समान रुचियों वाले अन्य लोगों के समूह)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
नागरिक या राजनीतिक गतिविधियों या संगठनों में जाना या भाग लेना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PA स्वलीनता आकलन पूरा करने के लिए धन्यवाद!