

VALUTAZIONE ESIGENZE AUTISMO PA

Grazie per aver completato il sondaggio. Poiché la maggior parte degli intervistati saranno genitori / tutori, ci riferiamo alla persona con autismo come "suo/a figlio/a." Il termine autismo è usato per riferirsi al disturbo dello spettro autistico (DSA). Completare questo sondaggio per il/la suo/a figlio/a maggiore con autismo.

Contrassegnare solo una risposta per ogni domanda, se non diversamente specificato. Contattare l'assistenza ASERT a info@paautism.org o 1-877-231-4244 in caso di domande.

Sezione 1		
Identificarsi.		
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Genitore affidatario <input type="checkbox"/> Altro _____
Lei è il tutore legale del/della suo/sua figlio/a con autismo?		
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a
Quale delle seguenti descrive meglio il suo stato civile attuale?		
<input type="checkbox"/> Sposato/a / convivente con l'altro genitore del/della bambino/a	<input type="checkbox"/> Sposato/a / convivente con persona diversa dall'altro genitore del/della figlio/a	<input type="checkbox"/> Mai stato sposato/a
	<input type="checkbox"/> Vedovo/a	<input type="checkbox"/> Separato/a / Divorziato/a
		<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere
Qual è la sua razza / etnia? Scegliere tutte le risposte applicabili.		
<input type="checkbox"/> Indiano americano o nativo dell'Alaska	<input type="checkbox"/> Nero o afroamericano	<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Indiano asiatico	<input type="checkbox"/> Cinese	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano
<input type="checkbox"/> Caucasico / Europeo Americano	<input type="checkbox"/> Filippino	<input type="checkbox"/> Vietnamita
	<input type="checkbox"/> Ispanico o Latino	<input type="checkbox"/> Altro _____
	<input type="checkbox"/> Giapponese	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere
Qual è la razza / etnia di suo/a figlio/a? Scegliere tutte le risposte applicabili.		
<input type="checkbox"/> Indiano americano o nativo dell'Alaska	<input type="checkbox"/> Nero o afroamericano	<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Indiano asiatico	<input type="checkbox"/> Cinese	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano
<input type="checkbox"/> Caucasico / Europeo Americano	<input type="checkbox"/> Filippino	<input type="checkbox"/> Vietnamita
	<input type="checkbox"/> Ispanico o Latino	<input type="checkbox"/> Altro _____
	<input type="checkbox"/> Giapponese	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere
Qual è il suo CAP di 5 cifre?		
Qual è il livello più alto di istruzione che ha completato?		
<input type="checkbox"/> Alcuni studi, ma non ho completato la scuola superiore	<input type="checkbox"/> Università	<input type="checkbox"/> Diploma professionale o dottorato oltre un diploma di Master (ad es. MD, DDS, DVM, PhD)
<input type="checkbox"/> Diploma di Scuola Superiore / GED	<input type="checkbox"/> Diploma di associato	
<input type="checkbox"/> Scuola professionale / tecnica	<input type="checkbox"/> Laurea di primo livello	
	<input type="checkbox"/> Laurea specialistica	
In che anno e in che mese è nato/a suo/sua figlio/a?		
Mese di nascita (MM) _____	Anno di nascita (YYYY) _____	
Qual è il sesso di suo/sua figlio/a?		
<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Altro _____
Suo/a figlio/a è adottato/a?		
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Sì. Quanti anni aveva suo/a figlio/a quando è stato/a adottato/a? _____		
Quanti fratelli/sorelle ha suo/a figlio/a con autismo? (Includere fratellastri, sorellastre ecc.)		
A quanti di questi fratelli/sorelle è stato diagnosticato l'autismo?		

Quale dei seguenti di avvicina di più al suo reddito familiare annuo?				
<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			
Sezione 2				
Rispetto a 12 mesi fa, direbbe che la salute generale di suo/a figlio/a con autismo è:				
<input type="checkbox"/> Migliore	<input type="checkbox"/> Peggiora	<input type="checkbox"/> Lo stesso		
Spiegare la propria scelta:				
Quanto tempo è trascorso dall'ultima visita di suo/a figlio/a da un dentista? (Includere tutti i tipi di professionisti / specialisti del settore dentistico, come dentisti, chirurghi orali e igienisti dentali.)				
<input type="checkbox"/> Meno di 6 mesi fa	<input type="checkbox"/> Da 6 mesi a 1 anno fa	<input type="checkbox"/> Più di 1 anno fa		
Quanto tempo è trascorso dall'ultima visita di suo/a figlio/a da un dottore per controlli di routine? (Un controllo di routine è un esame fisico generale, non un esame per una patologia, infortunio o condizione specifica.)				
<input type="checkbox"/> Meno di 6 mesi fa	<input type="checkbox"/> Da 6 mesi a 1 anno fa	<input type="checkbox"/> Più di 1 anno fa		
A suo/a figlio/a con autismo attualmente sono prescritti farmaci, diversi dalle vitamine?				
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a		
Se sì, elencare i farmaci attualmente prescritti a suo/a figlio/a.				
Sezione 3				
Ottenere una valutazione diagnostica di autismo per suo/a figlio/a è stato...				
<input type="checkbox"/> Molto semplice	<input type="checkbox"/> Abbastanza semplice	<input type="checkbox"/> Abbastanza difficile	<input type="checkbox"/> Molto difficile	<input type="checkbox"/> Non applicabile
Se "Abbastanza difficile" o "Molto difficile," cosa ha reso difficile ottenere una valutazione? Scegliere tutte le risposte applicabili.				
<input type="checkbox"/> Trovare un dottore / professionista		<input type="checkbox"/> Copertura assicurativa sanitaria	<input type="checkbox"/> Mancanza di assistenza all'infanzia	
<input type="checkbox"/> Trasporto		<input type="checkbox"/> Problemi di pianificazione	<input type="checkbox"/> Barriera linguistica / mancanza di traduttore	
<input type="checkbox"/> Ottenere un riferimento		<input type="checkbox"/> Costo / Quota a carico del paziente		
<input type="checkbox"/> Tutela		<input type="checkbox"/> Lungo tempo di attesa	<input type="checkbox"/> Altro	
Suo/a figlio/a ha ricevuto una delle seguenti diagnosi prima di ricevere la diagnosi di autismo? Scegliere tutte le risposte applicabili.				
<input type="checkbox"/> Disturbi d'ansia		<input type="checkbox"/> Disabilità intellettiva (precedentemente nota come ritardo mentale)		
<input type="checkbox"/> Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)		<input type="checkbox"/> Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)		
<input type="checkbox"/> Disturbo bipolare		<input type="checkbox"/> Disturbo oppositivo provocatorio (DOP)		
<input type="checkbox"/> Disturbi dell'elaborazione uditiva centrale (CAPD)		<input type="checkbox"/> Schizofrenia o altri disturbi psicotici		
<input type="checkbox"/> Disturbo della condotta (DC)		<input type="checkbox"/> Convulsioni / Disturbi convulsivi / Epilessia		
<input type="checkbox"/> Depressione		<input type="checkbox"/> Disordine dell'integrazione sensoriale		
<input type="checkbox"/> Ritardo nello sviluppo		<input type="checkbox"/> Disturbo post-traumatico da stress (DPTS)		
<input type="checkbox"/> Invalidità uditiva		<input type="checkbox"/> Disturbo da uso di sostanze		
<input type="checkbox"/> Disposofobia		<input type="checkbox"/> Nessuno		

<input type="checkbox"/> Difficoltà di apprendimento	<input type="checkbox"/> Altro _____					
Suo/a figlio/a con autismo attualmente ha una delle seguenti diagnosi? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>						
<input type="checkbox"/> Disturbi d'ansia	<input type="checkbox"/> Disabilità intellettiva (precedentemente nota come ritardo mentale)					
<input type="checkbox"/> Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)	<input type="checkbox"/> Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)					
<input type="checkbox"/> Disturbo bipolare	<input type="checkbox"/> Disturbo oppositivo provocatorio (DOP)					
<input type="checkbox"/> Disturbi dell'elaborazione uditiva centrale (CAPD)	<input type="checkbox"/> Schizofrenia o altri disturbi psicotici					
<input type="checkbox"/> Disturbo della condotta (DC)	<input type="checkbox"/> Convulsioni / Disturbi convulsivi / Epilessia					
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Disordine dell'integrazione sensoriale					
<input type="checkbox"/> Ritardo nello sviluppo	<input type="checkbox"/> Disturbo post-traumatico da stress (DPTS)					
<input type="checkbox"/> Invalidità uditiva	<input type="checkbox"/> Disturbo da uso di sostanze					
<input type="checkbox"/> Disposofobia	<input type="checkbox"/> Nessuno					
<input type="checkbox"/> Difficoltà di apprendimento	<input type="checkbox"/> Altro _____					
Che tipo di professionista è stato il primo a diagnosticare a suo/a figlio/a l'autismo? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>						
<input type="checkbox"/> Pediatra dello sviluppo	<input type="checkbox"/> Medico di base (medico di famiglia / pediatra)	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a				
<input type="checkbox"/> Neurologo		<input type="checkbox"/> Altro _____				
<input type="checkbox"/> Psichiatra	<input type="checkbox"/> Psicologo					
Quanti anni aveva suo/a figlio/a quando è stato diagnosticato l'autismo?						
<input type="checkbox"/> _____ anni	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a					
Dopo la diagnosi di autismo, che tipo di follow-up e risorse / servizi ha ricevuto? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>						
<input type="checkbox"/> Appuntamento di follow-up	<input type="checkbox"/> Rinvio a siti web, letteratura (ad es. volantini, opuscoli informativi)					
<input type="checkbox"/> Rinvio a uno specialista per ulteriore valutazione	<input type="checkbox"/> Nessuno					
<input type="checkbox"/> Rinvio a uno specialista per trattamento	<input type="checkbox"/> Altro _____					
<input type="checkbox"/> Rinvio a servizi di intervento precoce						
<input type="checkbox"/> Rinvio a gruppi di sostegno						
Suo/a figlio/a ha ricevuto servizi di intervento precoce?						
<input type="checkbox"/> Sì. A che età sono iniziati i servizi? _____	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a					
<input type="checkbox"/> No						
Suo/a figlio/a ha uno dei seguenti piani? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>						
<input type="checkbox"/> Piano personalizzato di servizio alla famiglia (IFSP)	<input type="checkbox"/> Piano di supporto individuale (ISP)					
<input type="checkbox"/> Piano educativo individualizzato (IEP)	<input type="checkbox"/> Nessuno					
<input type="checkbox"/> Piano 504	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a					
Se suo/a figlio/a ha un Piano personalizzato di servizio alla famiglia (IFSP), rispondere alla domanda seguente. <u>Assicurarsi di compilare tutte e tre le colonne.</u>						
	È contento che questo piano soddisfi tutte le esigenze di suo/a figlio/a?		Ha partecipato all'ultimo incontro IFSP?		Il suo input è incluso in questo piano?	
	Sì	No	Sì	No	Sì	No
Piano personalizzato di servizio alla famiglia (IFSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se suo/a figlio/a ha un Piano educativo individualizzato (IEP), rispondere alla domanda seguente. Assicurarsi di compilare tutte e tre le colonne.						
	È contento che questo piano soddisfi tutte le esigenze di suo/a figlio/a?		Ha partecipato all'ultimo incontro IEP?		Il suo input è incluso in questo piano?	
	Sì	No	Sì	No	Sì	No
Piano educativo individualizzato (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se suo/a figlio/a ha un Piano 504, rispondere alla domanda seguente. Assicurarsi di compilare tutte e tre le colonne.						
	È contento che questo piano soddisfi tutte le esigenze di suo/a figlio/a?		Ha partecipato all'ultimo incontro del piano 504?		Il suo input è incluso in questo piano?	
	Sì	No	Sì	No	Sì	No
Piano 504	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se suo/a figlio/a ha un Piano di supporto individuale (ISP), rispondere alla domanda seguente. Assicurarsi di compilare tutte e tre le colonne.						
	È contento che questo piano soddisfi tutte le esigenze di suo/a figlio/a?		Ha partecipato all'ultimo incontro ISP?		Il suo input è incluso in questo piano?	
	Sì	No	Sì	No	Sì	No
Piano di supporto individuale (ISP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sezione 4						
Suo/a figlio/a è coperto/a ora da uno dei seguenti tipi di assicurazione sanitaria? Scegliere tutte le risposte applicabili.						
<input type="checkbox"/> Assicurazione sanitaria privata che lei o un componente della famiglia riceve attraverso l'impiego			<input type="checkbox"/> Benefici del veterano o TRICARE			
<input type="checkbox"/> Assicurazione sanitaria privata che lei o un componente della famiglia acquista (non attraverso l'impiego)			<input type="checkbox"/> Assicurazione dentistica			
<input type="checkbox"/> Medicaid (Assistenza medica), CHIP o Medicare			<input type="checkbox"/> Assicurazione oculistica			
			<input type="checkbox"/> Assicurazione che copre le prescrizioni mediche			
			<input type="checkbox"/> Altro			
Suo/a figlio/a è registrato/a all'Assistenza medica o Medicaid?						
<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a		
Suo/a figlio/a è registrato/a a uno dei seguenti programmi di Assistenza medica o Medicaid?						
<input type="checkbox"/> Adult Autism Waiver		<input type="checkbox"/> Consolidated Waiver		<input type="checkbox"/> Altro		
<input type="checkbox"/> Programma Autismo Comunità Adulto (ACAP)		<input type="checkbox"/> P/FDS Waiver		<input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti		
		<input type="checkbox"/> OBRA Waiver				
Suo/a figlio/a è attualmente in Lista di attesa o Lista di interesse?						
<input type="checkbox"/> Lista di attesa per programmi per individui con disabilità intellettiva (P/FDS o Consolidated Waiver)						
<input type="checkbox"/> Lista di interesse per programmi attraverso l'Ufficio Servizi Autismo (BAS - Adult Autism Waiver o ACAP)						
<input type="checkbox"/> Entrambi						
<input type="checkbox"/> Nessuno						
<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a						

Sezione 5				
Ha suo/a figlio/a mai usato farmaci diversi da quelli richiesti per motivi medici (escluso vitamine)?				
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere	
Ha suo/a figlio/a mai abusato di farmaci (prescritti o illegali)?				
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere	
Sezione 6				
Nello scorso anno, <u>ha portato suo/a figlio/a</u> pronto soccorso per motivi comportamentali o psichiatrici?				
<input type="checkbox"/> Sì, _____ volta(e)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere		
Nello scorso anno, <u>suo/a figlio/a è stato ricoverato</u> in ospedale o altra struttura ospedaliera per motivi comportamentali o psichiatrici?				
<input type="checkbox"/> Sì, _____ volta(e)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere		
RISPONDERE ALLE DOMANDE SEGUENTI IN BASE A RICOVERO PIÙ RECENTE DI SUO/A FIGLIO/A IN OSPEDALE O ALTRA STRUTTURA OSPEDALIERA.				
Per quale/i motivo/i suo/a figlio/a è stato/a ricoverato/a in ospedale o altra struttura ospedaliera? Scegliere tutte le risposte applicabili.				
<input type="checkbox"/> Aggressione	<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Aumento significativo delle ossessioni		
<input type="checkbox"/> Ansia	<input type="checkbox"/> Correre via o scappare da casa / scuola			<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Comportamenti oppositivi / provocatori	<input type="checkbox"/> Comportamenti auto-lesionistici	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a		
Quanto è soddisfatto o insoddisfatto dei seguenti aspetti del ricovero in ospedale del/della suo/a bambino/a?				
	Molto soddisfatto/a	Soddisfatto/a	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto
Qualità del trattamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pianificazione dimissioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclusione del genitore nello staff per la pianificazione del trattamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In che modo è stato/a ricoverato/a suo/a figlio/a?				
<input type="checkbox"/> Mio/a figlio/a (al di sotto di 14 anni) è stato ricoverato dai suoi genitori				
<input type="checkbox"/> Mio/a figlio/a adolescente (14-18 anni) è stato ricoverato dai suoi genitori e ha accettato il ricovero				
<input type="checkbox"/> Mio/a figlio/a adolescente (14-18 anni) è stato ricoverato dai suoi genitori, ma non ha accettato il ricovero				
<input type="checkbox"/> Mio/a figlio/a adulto/a (18 o più grande) si è ricoverato/a da solo/a (201, trattamento volontario)				
<input type="checkbox"/> Mio/a figlio/a adulto/a (18 o più grande) è stato ricoverato/a contro la sua volontà (302, trattamento involontario)				
<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere				
Quanto è durato il ricovero di suo/a figlio/a in ospedale o struttura ospedaliera simile?				
<input type="checkbox"/> Meno di 24 ore	<input type="checkbox"/> 24-48 ore	<input type="checkbox"/> 2+ giorni, indicare quanto tempo _____		
Questo è stato il primo ricovero di suo/a figlio/a in ospedale o altra struttura ospedaliera per motivi comportamentali o psichiatrici?				
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a		

Aggiungere ulteriori dettagli in merito al più recente ricovero di suo/a figlio/a in ospedale per motivi comportamentali o psichiatrici.

Sezione 7

Il comportamento di suo/a figlio/a è mai risultato in una delle seguenti interazioni con la Polizia / il sistema giudiziario? Scegliere tutte le risposte applicabili.

<input type="checkbox"/> Polizia chiamata	<input type="checkbox"/> Arrestato/a
<input type="checkbox"/> Fermato/a e interrogato/a dalla polizia per qualcosa di diverso dalla violazione del codice stradale	<input type="checkbox"/> Accusato/a di reato o crimine
<input type="checkbox"/> Avviso di Polizia emesso (ad eccezione dalla violazione del codice stradale)	<input type="checkbox"/> Essere stato/a in libertà vigilata o sulla parola
<input type="checkbox"/> Citazione emessa	<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Arrestato/a dalla Polizia	<input type="checkbox"/> Nessuno
	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere

Suo/a figlio/a è mai stato/a vittima di un crimine?

Sì No Preferisco non rispondere

Se lo desidera, può condividere ulteriori informazioni sull'esperienza personale di suo/a figlio/a con la Polizia o altro sistema giudiziario o come vittima di un crimine.

Sezione 8

SE LEI È GENITORE AFFIDATARIO DI UNA PERSONA CON AUTISMO, RISPONDERE ALLE DOMANDE SEGUENTI. ALTRIMENTI, SALTARE ALLA SEZIONE 9.

Nel corso dell'ultimo anno, ha ricevuto supporto, formazione o risorse per il suo ruolo e responsabilità di genitore affidatario?

Sì No

Se sì, specificare chi ha fornito supporto, formazione o risorse e se pensava che la formazione preparasse per i suoi ruoli e responsabilità. *Assicurarsi di compilare tutte e tre le colonne.*

	Ha ricevuto formazione, supporto o risorse da questa agenzia?		Si sente preparato dopo questa formazione?			Si è trattato di una formazione specifica per l'autismo?		
	Sì	No	Sì	No	N/D	Sì	No	N/D
Agenzia giovani e bambini contea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dalla scuola del figlio/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agenzia affido privata, specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rispondere alle domande seguenti in merito alla sua esperienza di affidamento.				
	Quasi mai / mai	A volte	Di solito	Sempre / quasi sempre
È lei incluso come parte del team di trattamento di suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È lei incluso in altri incontro in merito al trattamento di suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto aiuto quando lo ha chiesto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sezione 9				
Nel corso dell'ultimo anno, suo/a figlio/a è stato/a posto/a in una struttura residenziale?				
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No, ma attualmente in una lista di attesa	<input type="checkbox"/> No, e non in una lista di attesa	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere	
SE SUO/A FIGLIO/A È STATO POSTO IN UNA STRUTTURA RESIDENZIALE, RISPONDERE ALLE DOMANDE SEGUENTI. ALTRIMENTI, SALTARE ALLA SEZIONE 10.				
A quante miglia questa struttura residenziale è dalla sua abitazione?				
<input type="checkbox"/> 0-20 miglia	<input type="checkbox"/> 41-60 miglia	<input type="checkbox"/> 81-100 miglia	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a	
<input type="checkbox"/> 21-40 miglia	<input type="checkbox"/> 61-80 miglia	<input type="checkbox"/> Oltre 100 miglia		
Perché suo/a figlio/a è stato/a posto/a in una struttura residenziale? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>				
<input type="checkbox"/> Aggressione	<input type="checkbox"/> Correre via da casa / scuola			
<input type="checkbox"/> Ansia	<input type="checkbox"/> Comportamenti auto-lesionistici			
<input type="checkbox"/> Comportamenti oppositivi provocatori	<input type="checkbox"/> Aumento significativo delle ossessioni			
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Altro _____			
Quanto è durato il ricovero di suo/a figlio/a nella struttura di trattamento residenziale?				
<input type="checkbox"/> Meno di una settimana	<input type="checkbox"/> 1 – 4 settimane	<input type="checkbox"/> Più di 4 settimane		
Quanto è soddisfatto o insoddisfatto dei seguenti aspetti del ricovero di suo/a figlio/a nella struttura residenziale?				
	Molto soddisfatto/a	Soddisfatto/a	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto
Qualità del trattamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pianificazione dimissioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclusione del genitore nello staff per la pianificazione del trattamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni in merito ai servizi basati sulla comunità (opportunità ricreative, sportive, volontarie o di altro tipo) sono state incluse nel suo piano di dimissioni?				
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a		
Il trattamento / piano di dimissioni è stato scritto in un modo semplice da comprendere?				
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No			
Sezione 10				
Suo/a figlio/a è in grado di svolgere le seguenti attività?				
	In modo indipendente	Con aiuto	Non è in grado	N/D
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangiare da solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirsi da solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiedere le cose di cui hanno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bisogno				
Chiedere le cose che vogliono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicare quando si è malati/si ha dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cucinare/preparare i pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestire soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andare in giro guidando / con mezzi di trasporto pubblici / in bicicletta / a piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suo/a figlio/a sta al momento ricevendo servizi o altro supporto per una delle seguenti situazioni? <i>Scegliere tutte le risposte applicabili.</i>				
<input type="checkbox"/> Comportamenti auto-lesionistici	<input type="checkbox"/> Comportamenti aggressivi	<input type="checkbox"/> Nessuno		
<input type="checkbox"/> Problemi di sonno	<input type="checkbox"/> Scappare			
<input type="checkbox"/> Ansia	<input type="checkbox"/> Igiene personale			
Suo/a figlio/a riceve al momento Servizi riabilitazione per la salute comportamentale (BHRS o 'servizi completi')?				
<input type="checkbox"/> Sì, a scuola	<input type="checkbox"/> No, ma piano di valutazione completa in sviluppo			
<input type="checkbox"/> Sì, a casa / comunità	<input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Sì, a scuola e a casa / comunità	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a			
<input type="checkbox"/> No, ma in attesa di valutazione				
Se sì, quanto è felice del supporto che ha ricevuto dal team di trattamento?				
<input type="checkbox"/> Molto felice	<input type="checkbox"/> Felice	<input type="checkbox"/> Infelice	<input type="checkbox"/> Molto infelice	
Sezione 11				
Suo/a figlio/a è attualmente impiegato/a? Includere solo posizioni pagate.				
<input type="checkbox"/> Sì, impiegato/a full time (35 ore a settimana o più)	<input type="checkbox"/> No, ma al momento sta cercando un impiego			
	<input type="checkbox"/> No, è in pensione			
<input type="checkbox"/> Sì, impiegato/a part time (meno di 35 ore a settimana)	<input type="checkbox"/> Non in pensione e non sta cercando un impiego			
Se sì, che tipo di lavoro fa suo/a figlio/a?				
<input type="checkbox"/> Ufficio / Supporto amministrativo	<input type="checkbox"/> Preparazione cibo / servizio	<input type="checkbox"/> Produzione / manifattura		
<input type="checkbox"/> Posizioni nelle vendite (incluso vendita al dettaglio)	<input type="checkbox"/> Trasporto / movimentazione materiali	<input type="checkbox"/> Altro _____		
Suo/a figlio/a sta ricevendo o ha ricevuto in passato servizi attraverso l'Ufficio di riabilitazione professionale (OVR)?				
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere	
Quali tipi di supporto pensa che suo/a figlio/a abbia bisogno per trovare e mantenere un lavoro? <i>Scegliere tutte le risposte applicabili.</i>				
<input type="checkbox"/> Aiuto per trovare opportunità di lavoro	<input type="checkbox"/> Supporto continuo			
<input type="checkbox"/> Supporto nella domanda di impiego e colloquio	<input type="checkbox"/> Non avrà bisogno di supporto			
<input type="checkbox"/> Supporto in caso di problemi o nuove situazioni	<input type="checkbox"/> Altro _____			
<input type="checkbox"/> Supporto a breve termine				
Sezione 12				
Qual è la situazione abitativa attuale di suo/a figlio/a?				
<input type="checkbox"/> Con genitore(i) o altro familiare in una casa familiare	<input type="checkbox"/> Vive da solo con assistenza (in fitto o proprietà)			
<input type="checkbox"/> In una struttura residenziale (incluso ospedale)	<input type="checkbox"/> Vive da solo senza assistenza (in fitto o			

nazionale o centro nazionale)		proprietà)	
<input type="checkbox"/> In una casa famiglia		<input type="checkbox"/> Senzatetto	
<input type="checkbox"/> Con un compagno / coniuge (in fitto o proprietà)		<input type="checkbox"/> Altro _____	
Da quanto tempo suo/a figlio/a è nella situazione abitativa attuale?			
<input type="checkbox"/> Tutta la vita del figlio/a	<input type="checkbox"/> Meno di 1 anno	<input type="checkbox"/> 1-2 anni	<input type="checkbox"/> 3-5 anni
<input type="checkbox"/> Più di 5 anni			
Quanto è felice delle condizioni abitative attuali di suo/a figlio/a?			
<input type="checkbox"/> Molto felice		<input type="checkbox"/> Felice	
<input type="checkbox"/> Infelice		<input type="checkbox"/> Molto infelice	
Quanto è difficile per suo/a figlio/a gettare via le cose anche se non le usano?			
<input type="checkbox"/> Molto difficile		<input type="checkbox"/> Abbastanza difficile	
<input type="checkbox"/> Per niente difficile			
Con che frequenza la confusione nelle aree di suo/a figlio/a rende difficili le attività quotidiane? <i>(Ad es. non trovare giocattoli, materiali scolastici o altri effetti personali o avere problemi a spostarsi nel proprio spazio.)</i>			
<input type="checkbox"/> Sempre		<input type="checkbox"/> Spesso	
<input type="checkbox"/> A volte		<input type="checkbox"/> Mai	
Sezione 13			
Suo/a figlio/a va attualmente a scuola?			
<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No	
Se sì, in che scuola è attualmente?			
<input type="checkbox"/> Asilo infantile		<input type="checkbox"/> Scuola superiore	
<input type="checkbox"/> Scuola dell'infanzia		<input type="checkbox"/> College di due anni	
<input type="checkbox"/> Scuola elementare		<input type="checkbox"/> College di quattro anni	
<input type="checkbox"/> Scuola media		<input type="checkbox"/> Scuola di specializzazione	
<input type="checkbox"/> Formazione professionale			
<input type="checkbox"/> Altro _____			
Se no, qual è il livello più alto di istruzione di suo/a figlio/a?			
<input type="checkbox"/> Nessuna istruzione completata		<input type="checkbox"/> Scuola professionale / tecnica	
		<input type="checkbox"/> Università	
<input type="checkbox"/> Alcuni studi, ma non ho completato la scuola superiore		<input type="checkbox"/> Diploma di associato	
		<input type="checkbox"/> Laurea di primo livello	
<input type="checkbox"/> Diploma di Scuola Superiore / GED o credenziali alternative		<input type="checkbox"/> Laurea specialistica	
<input type="checkbox"/> Diploma professionale o dottorato oltre un diploma di Master (ad es. MD, DDS, DVM, PhD)			
SE SUO/A FIGLIO/A VA ATTUALMENTE A SCUOLA, RISPONDERE ALLE DOMANDE SEGUENTI. ALTRIMENTI, SALTARE ALLA SEZIONE 14.			
Nel corso dell'ultimo anno, suo/a figlio/a è stato sottoposto ad azione disciplinare in uno dei modi seguenti? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>			
<input type="checkbox"/> Time-out / De-escalation room		<input type="checkbox"/> Trattenimento a scuola dopo le lezioni	
		<input type="checkbox"/> Sospensione in scuola	
<input type="checkbox"/> Mandato/a fuori dalla classe		<input type="checkbox"/> Sospensione fuori dalla classe	
<input type="checkbox"/> Espulsione			
<input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti			
In quale categoria di istruzione speciale è posto/a attualmente suo/a figlio/a? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>			
<input type="checkbox"/> Supporto autistico		<input type="checkbox"/> Disabilità multiple	
<input type="checkbox"/> Supporto emotivo		<input type="checkbox"/> Nessuno (Mio/a figlio/a non sta ricevendo servizi formativi speciali)	
<input type="checkbox"/> Difficoltà di apprendimento		<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a	
<input type="checkbox"/> Disabilità intellettiva (precedentemente ritardo mentale)		<input type="checkbox"/> Altro _____	
Sezione 14			
Quali piani a lungo termine ha per suo/a figlio/a quando lei non sarà più in grado di prendersene cura? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>			
<input type="checkbox"/> Organizzazione di piani di alloggio		<input type="checkbox"/> Tutela designata	
<input type="checkbox"/> Piani sviluppati			

<input type="checkbox"/> Creazione di un fondo finanziario	<input type="checkbox"/> Procura designata	attualmente <input type="checkbox"/> Nessuno in questo momento			
Quanto è preoccupato della creazione e del mantenimento di questi piani?					
	Molto preoccupato	Preoccupato	Abbastanza preoccupato	Non preoccupato	N/D
Organizzazione di piani di alloggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creazione di un fondo finanziario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutela designata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procura designata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piani sviluppati attualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritiene di avere le risorse per preparare in modo appropriato questi piani?					
	Sì		No		N/D
Organizzazione di piani di alloggio	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Creazione di un fondo finanziario	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tutela designata	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Procura designata	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Piani sviluppati attualmente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sezione 15					
Verificare i seguenti servizi di cui si è a conoscenza, in cui si è coinvolti o di cui si ha necessità di maggiori informazioni per suo/a figlio/a:					
	Coinvolto/a in		A conoscenza di		Bisogno di maggiori informazioni
Ufficio di riabilitazione professionale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Benefit di previdenza sociale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Altra assistenza governativa (buoni spesa, alloggio popolare ecc.)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sezione 16					
Indicare se i seguenti problemi interferiscono o impediscono a suo/a figlio/a di partecipare alle attività della comunità, come sport, club, hobby o altre attività organizzate.					
	Sì		No		Non sono sicuro/a
Problemi emotivi (ansia, depressione, paura ecc.)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Problemi comportamentali (aggressione, comportamenti auto-lesionistici ecc.)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Problemi fisici (accesso, mobilità ecc.)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Suo/a figlio/a partecipa alle seguenti attività? Assicurarsi di compilare entrambe le colonne.			
	Partecipano?		Se sì, indicare per quante ore a settimana partecipano
	Sì	No	Ore
Lavoro volontario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gruppi, club od organizzazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività spirituali o religiose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esercizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sport organizzato o ricreativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hobby o interessi speciali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faccende domestiche / compiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività sociali con amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre attività _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sezione 17

Selezionare la risposta che riflette la sua esperienza nell'ottenere servizi per suo/a figlio/a.

	Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Fortemente in disaccordo	N/D
In generale, ho avuto problemi nell'ottenere servizi per mio/a figlio/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I medici e altro personale sanitario di mio/a figlio/a trascorrono abbastanza tempo con loro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I medici e altro personale sanitario di mio/a figlio/a mi ascoltano con attenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I medici e altro personale sanitario di mio/a figlio/a sono sensibili ai valori e costumi della mia famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I medici e altro personale sanitario di mio/a figlio/a spiegano le cose in modo semplice da comprendere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ci parli delle esigenze di servizio formativo e sanitario di suo/a figlio/a. Assicurarsi di compilare entrambe le colonne.

	Mio/a figlio/a sta ricevendo questo servizio		Suo/a figlio/a ha bisogno di più di questo servizio?	
	Sì	No	Sì	No
Consulenza di salute mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopedia / terapia del linguaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia occupazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addestramento alle abilità sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto comportamentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto individuale (ad es. TSS, BSC, specialista del comportamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinamento supporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia mobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza sulle prestazioni garantite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi neurologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educazione salute sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza rapporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campo estivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scuola estiva (ESY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formazione professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pianificazione transizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impiego assistito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Counseling professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza sanitaria di base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cure odontoiatriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ci dica se è d'accordo con le seguenti affermazioni relative ai seguenti servizi: "I professionisti che forniscono questo servizio hanno le capacità necessarie per lavorare con mio/a figlio/a."					
	Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Fortemente in disaccordo	N/D
Consulenza di salute mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopedia / terapia del linguaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia occupazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addestramento alle abilità sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto comportamentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto individuale (ad es. TSS, BSC, specialista del comportamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinamento supporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia mobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza sulle prestazioni garantite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi neurologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educazione salute sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza rapporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campo estivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scuola estiva (ESY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formazione professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pianificazione transizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impiego assistito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Counseling professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assistenza sanitaria di base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cure odontoiatriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quale delle seguenti barriere ha dovuto superare per cercare di ottenere servizi per il/la suo/a figlio/a? Scegliere tutte le risposte applicabili.					
<input type="checkbox"/> Trasporto	<input type="checkbox"/> I fornitori non hanno abbastanza personale				
<input type="checkbox"/> Problemi di pianificazione	<input type="checkbox"/> I fornitori nell'area non vedranno persone con autismo				
<input type="checkbox"/> Fornitori di servizio insufficienti nell'area	<input type="checkbox"/> Nessuno				
<input type="checkbox"/> Costo dei servizi / La mia assicurazione non copre i servizi disponibili	<input type="checkbox"/> Altro _____				
<input type="checkbox"/> Nessun fornitore di servizio nell'area					
Ha suo/a figlio/a in essere un sistema di comunicazione formale? (Ad esempio, Sistema di Comunicazione mediante Scambio per Immagini (PECS), tablet, dispositivo che genera discorso o altro sistema di comunicazione accrescitiva.)					
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Altro _____			
Se sì, selezionare le strutture in cui suo/a figlio/a usa il suo sistema di comunicazione. Scegliere tutte le risposte applicabili.					
<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Scuola	<input type="checkbox"/> Altro _____			
<input type="checkbox"/> Lavoro	<input type="checkbox"/> In comunità				
Sezione 18					
In termini di trasporto, in che modo suo/a figlio/a raggiunge solitamente il posto in cui deve andare? Scegliere tutte le risposte applicabili.					
<input type="checkbox"/> Guida da solo/a in un'auto privata	<input type="checkbox"/> Passeggero in auto privata con autista volontario				
<input type="checkbox"/> Passeggero in auto privata con genitori o altri familiari	<input type="checkbox"/> Trasporto pubblico				
<input type="checkbox"/> Passeggero in auto privata con amici	<input type="checkbox"/> Trasporto fornito da un programma giornaliero				
<input type="checkbox"/> Bus / furgone gestito da organizzazione nazionale, comunale o no-profit	<input type="checkbox"/> Trasporto fornito da una casa famiglia				
<input type="checkbox"/> Taxi o altro veicolo a noleggio	<input type="checkbox"/> Trasporto fornito da scuola / istituzione educativa				
<input type="checkbox"/> A piedi	<input type="checkbox"/> Ride Sharing (Uber, Lyft)				
<input type="checkbox"/> In bicicletta	<input type="checkbox"/> Car Sharing (Ad es. ZipCar, Enterprise Car Share)				
	<input type="checkbox"/> Altro _____				
Sezione 19					
Fa parte di un gruppo di sostegno o gruppo di pressione?					
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No, ma dovrei	<input type="checkbox"/> No, ma mi piacerebbe	<input type="checkbox"/> No		
Se è stata o attualmente è parte di un gruppo di supporto o pressione, lo è online o di persona?					
<input type="checkbox"/> Online	<input type="checkbox"/> Di persona	<input type="checkbox"/> Entrambi			
Se è stata o attualmente è parte di un gruppo di supporto o pressione, perché fa parte di questo gruppo? Scegliere tutte le risposte applicabili.					
<input type="checkbox"/> Amicizia / Socializzazione	<input type="checkbox"/> Interessi / Esperienze simili	<input type="checkbox"/> È stato raccomandato			
<input type="checkbox"/> Condivisione risorse	<input type="checkbox"/> Crescita della consapevolezza	<input type="checkbox"/> Fare cambiamenti			
		<input type="checkbox"/> Altro _____			
Se non è stata o attualmente non è parte di un gruppo di supporto o pressione, selezionare i motivi per cui non sta partecipando a un gruppo di supporto o pressione. Scegliere tutte le risposte applicabili.					

<input type="checkbox"/> Trasporto	<input type="checkbox"/> Non abbastanza tempo	<input type="checkbox"/> Costi / quota associativa
<input type="checkbox"/> Nessuno nella mia area / troppo lontano	<input type="checkbox"/> Non età/interesse appropriato	
<input type="checkbox"/> Non interessato/a	<input type="checkbox"/> Sentirsi escluso / Non rientrare	<input type="checkbox"/> Altro _____

Sezione 20

Suo/a figlio/a ha difficoltà con...

	Sempre	A volte	Mai	N/D
Genitore(i) o altro/i assistente(i)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fratelli e sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membri della famiglia allargata (nonni, zie, zii ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con altri che vengono in casa e usano comportamenti socialmente appropriati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ci parli delle esigenze di servizio di supporto della sua famiglia. Assicurarsi di compilare entrambe le colonne.

	La sua famiglia sta ricevendo?		La mia famiglia ha bisogno di più di questo servizio	
	Sì	No	Sì	No
Assistenza di supporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppi sostegno fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza di salute mentale fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppi sostegno genitore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza di salute mentale genitore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quanto è in accordo o in disaccordo con l'affermazione seguente: "I professionisti che forniscono questo servizio hanno le capacità necessarie per lavorare con la mia famiglia."

	Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Fortemente in disaccordo	N/D
Assistenza di supporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppi sostegno fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza di salute mentale fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppi sostegno genitore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consulenza di salute mentale genitore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Quanto è in accordo o in disaccordo con l'affermazione seguente: "Questo servizio è efficace nel soddisfare le esigenze della mia famiglia."

	Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Fortemente in disaccordo	N/D
Assistenza di supporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppi sostegno fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza di salute mentale fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppi sostegno genitore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza di salute mentale genitore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quali limitazioni o barriere affronta per accedere ai servizi di sostegno familiare? Scegliere tutte le risposte applicabili.

<input type="checkbox"/> Trasporto	<input type="checkbox"/> Nessun fornitore di servizio nell'area	<input type="checkbox"/> Nessuno
<input type="checkbox"/> Problemi di pianificazione	<input type="checkbox"/> Costo dei servizi / La mia assicurazione non copre i servizi disponibili	<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Fornitori di servizio insufficienti nell'area		

In che modi (se presenti) l'autismo di suo/a figlio/a ha influenzato la partecipazione alla forza lavoro della sua famiglia? Scegliere tutte le risposte applicabili.

	Me	Il mio partner
Smesso di lavorare fuori casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ore di lavoro ridotte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ore di lavoro aumentate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambiato datore di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambiato tipo di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambiato il programma di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambiata posizione con lo stesso datore di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usato congedo familiare per motivi di salute (FMLA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perse opportunità di promozione / avanzamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Licenziato/a da un impiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punito/a / Sospeso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorremmo chiederle della sua partecipazione alla comunità.

Partecipa alle seguenti attività? Assicurarsi di compilare entrambe le colonne.

	Partecipa?		Se sì, indichi per quante ore a settimana partecipa.
	Sì	No	Ore
Lavoro volontario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gruppi/organizzazioni comunità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività spirituali o religiose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esercizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hobby o interessi speciali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faccende domestiche/compiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività sociali con amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre attività _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ci dica se ha partecipato negli ultimi 30 giorni alle seguenti attività e se queste attività sono importanti per lei. Assicurarsi di compilare entrambe le colonne.

	Fa questa attività?			Questa attività è importante per me	
	Abbastanza	Non abbastanza	Troppo	Sì	No
Andare in biblioteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andare in palestra, club salute o esercizio, incluso piscina, o partecipare a un evento sportivo (incluso bowling, tennis, mini golf ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Far parte di un gruppo/organizzazione di pressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partecipare a un gruppo sociale nella comunità (ad es. un club del libro, gruppo hobby, altro gruppo di persone con interessi simili)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partecipare ad attività civile o politiche o ad organizzazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Grazie per aver completato la Valutazione
esigenze autismo PA!**