

OCENA POTRZEB PACJENTA Z AUTYZMEM W STANIE PENSYLVANIA

Dziękujemy za wypełnienie ankiety. Ze względu na fakt, że większość respondentów to rodzice / opiekunowie, osobę cierpiącą na autyzm będziemy tutaj określać jako „Pana(-i) dziecko”. Termin autyzm jest używany w znaczeniu zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD). Proszę wypełnić ankietę, odnosząc się do swojego najstarszego dziecka chorującego na autyzm. Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź przy każdym pytaniu, chyba że polecenie będzie wskazywać inaczej. W razie pytań należy skontaktować się z ASERT Collaborative pod adresem info@paautism.org lub numerem 1-877-231-4244.

Część 1		
Proszę określić swoją relację wobec dziecka.		
<input type="checkbox"/> Matka	<input type="checkbox"/> Ojciec	<input type="checkbox"/> Rodzic zastępczy <input type="checkbox"/> Inna odpowiedź
Czy jest Pan(i) prawnym opiekunem dziecka cierpiącego na autyzm?		
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności
Który z poniższych terminów najlepiej określa Pana(-i) aktualny stan cywilny?		
<input type="checkbox"/> W związku małżeńskim/mieszkam z drugim rodzicem dziecka cierpiącego na autyzm	<input type="checkbox"/> W związku małżeńskim/mieszkam z osobą inną niż drugi rodzic dziecka cierpiącego na autyzm <input type="checkbox"/> Wdowa/wdowiec	<input type="checkbox"/> Nigdy nie byłem(-am) w związku małżeńskim <input type="checkbox"/> W separacji / po rozwodzie <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać
Jakiej jest Pan(i) rasy / do jakiej grupy etnicznej Pan(i) należy? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>		
<input type="checkbox"/> Rdzenny mieszkaniec Ameryki lub Alaski	<input type="checkbox"/> Rasa czarna lub Afroamerykanin	<input type="checkbox"/> Koreańska
<input type="checkbox"/> Hinduska	<input type="checkbox"/> Chińska	<input type="checkbox"/> Rdzenny mieszkaniec Hawajów
<input type="checkbox"/> Biała / Amerykanin pochodzenia europejskiego	<input type="checkbox"/> Filipińska <input type="checkbox"/> Osoba pochodzenia hiszpańskiego lub Latynos <input type="checkbox"/> Japońska	<input type="checkbox"/> Wietnamska <input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać
Jakiej rasy jest Pana(-i) dziecko / do jakiej grupy etnicznej należy Pana(-i) dziecko? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>		
<input type="checkbox"/> Rdzenny mieszkaniec Ameryki lub Alaski	<input type="checkbox"/> Rasa czarna lub Afroamerykanin	<input type="checkbox"/> Koreańska
<input type="checkbox"/> Hinduska	<input type="checkbox"/> Chińska	<input type="checkbox"/> Rdzenny mieszkaniec Hawajów
<input type="checkbox"/> Biała / Amerykanin pochodzenia europejskiego	<input type="checkbox"/> Filipińska <input type="checkbox"/> Osoba pochodzenia hiszpańskiego lub Latynos <input type="checkbox"/> Japońska	<input type="checkbox"/> Wietnamska <input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać
Proszę podać swój pięciocyfrowy kod pocztowy.		
Proszę określić swoje wykształcenie (ukończona szkoła na najwyższym poziomie).		
<input type="checkbox"/> Chodziłem(-am) do szkoły, ale nie ukończyłem(-am) szkoły średniej	<input type="checkbox"/> Kolegium <input type="checkbox"/> Tytuł akademicki Associate's Degree	<input type="checkbox"/> Wykształcenie zawodowe lub tytuł wyższy niż magister (np. MD, DDS, DVM, dr)
<input type="checkbox"/> Absolwent(ka) szkoły średniej / egzamin GED	<input type="checkbox"/> Licencjat	
<input type="checkbox"/> Wykształcenie techniczne / zawodowe	<input type="checkbox"/> Magister	

Proszę podać rok i miesiąc urodzenia dziecka.				
Miesiąc urodzenia (MM) _____	Rok urodzenia (RRRR) _____			
Jakiej płci jest Pana(-i) dziecko?				
<input type="checkbox"/> Męska	<input type="checkbox"/> Żeńska	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____		
Czy dziecko jest adoptowane?				
<input type="checkbox"/> Nie				
<input type="checkbox"/> Tak. Ile lat miało dziecko, gdy zostało adoptowane? _____				
Ile rodzeństwa ma dziecko cierpiące na autyzm? (proszę uwzględnić również rodzeństwo przyrodnie)				
U ilu dzieci z rodzeństwa również zdiagnozowano autyzm?				
Który z poniższych zakresów jest najbardziej zbliżony do Pana(-i) rocznego dochodu w gospodarstwie domowym?				
<input type="checkbox"/> 0–10 000 USD	<input type="checkbox"/> 40 001–50 000 USD	<input type="checkbox"/> 80 001–90 000 USD		
<input type="checkbox"/> 10 001–20 000 USD	<input type="checkbox"/> 50 001–60 000 USD	<input type="checkbox"/> 90 001–100,000 USD		
<input type="checkbox"/> 20 001–30 000 USD	<input type="checkbox"/> 60 001–70,000 USD	<input type="checkbox"/> 100 000 USD +		
<input type="checkbox"/> 30 001–40 000 USD	<input type="checkbox"/> 70 001–80 000 USD			
Część 2				
Proszę określić obecny stan zdrowia swojego dziecka cierpiącego na autyzm w porównaniu z minionymi 12 miesiącami. Teraz jest:				
<input type="checkbox"/> lepszy	<input type="checkbox"/> gorszy	<input type="checkbox"/> taki sam		
Proszę uzasadnić wybór odpowiedzi:				
Ile czasu minęło od ostatniej wizyty dziecka u dentysty? (proszę uwzględnić wizytę u każdego rodzaju specjalisty zajmującego się leczeniem zębów, np. ortodonta, chirurga szczękowego i higienistki dentystycznej).				
<input type="checkbox"/> Mniej niż 6 miesięcy temu	<input type="checkbox"/> Od 6 miesięcy do roku	<input type="checkbox"/> Ponad rok		
Ile czasu minęło od ostatniej wizyty dziecka u lekarza w celu przeprowadzenia regularnej kontroli stanu zdrowia? (Regularna kontrola stanu zdrowia to ogólne badanie lekarskie, które nie jest podyktowane konkretnym urazem, chorobą czy problemem zdrowotnym).				
<input type="checkbox"/> Mniej niż 6 miesięcy temu	<input type="checkbox"/> Od 6 miesięcy do roku	<input type="checkbox"/> Ponad rok		
Czy Pana(-i) dziecko cierpiące na autyzm przyjmuje w tej chwili przepisane przez lekarza leki inne niż witaminy?				
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności		
Jeśli tak, proszę podać wszystkie leki aktualnie przyjmowane przez dziecko.				
Część 3				
Uzyskanie diagnozy autystycznej w przypadku Pana(-i) dziecka było...				
<input type="checkbox"/> bardzo proste	<input type="checkbox"/> dość proste	<input type="checkbox"/> dość trudne	<input type="checkbox"/> bardzo trudne	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
Jeśli wybrano odpowiedź „dość trudne” lub „bardzo trudne”, co spowodowało, że uzyskanie diagnozy było trudne? Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.				
<input type="checkbox"/> Znalezienie lekarza / specjalisty	<input type="checkbox"/> Uzyskanie finansowania z ubezpieczenia	<input type="checkbox"/> Brak opieki nad dzieckiem		
<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Problemy z umówieniem wizyty	<input type="checkbox"/> Problemy językowe / Brak tłumacza		
<input type="checkbox"/> Uzyskanie skierowania	<input type="checkbox"/> Koszt / konieczność uczestniczenia w kosztach			
<input type="checkbox"/> Opieka prawna	<input type="checkbox"/> Długi czas oczekiwania	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____		

Czy u Pana(-i) dziecka zdiagnozowano któreś z poniższych zaburzeń przed postawieniem diagnozy o autyzmie? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>		
<input type="checkbox"/> Zaburzenia lękowe	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność intelektualna (wcześniej określana jako opóźnienie umysłowe)	
<input type="checkbox"/> Zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD)	<input type="checkbox"/> Zaburzenia obsesyjno–kompulsyjne (OCD)	
<input type="checkbox"/> Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	<input type="checkbox"/> Zaburzenia opozycyjno–buntownicze (ODD)	
<input type="checkbox"/> Zaburzenie przetwarzania informacji słuchowej (CAPD)	<input type="checkbox"/> Schizofrenia lub inne zaburzenia psychiczne	
<input type="checkbox"/> Zaburzenia zachowania (CD)	<input type="checkbox"/> Konwulsje / zaburzenia konwulsyjne / epilepsja	
<input type="checkbox"/> Depresja	<input type="checkbox"/> Zaburzenia integracji sensorycznej	
<input type="checkbox"/> Opóźnienie rozwojowe	<input type="checkbox"/> Zespół stresu pourazowego (PTSD)	
<input type="checkbox"/> Niedosłuch	<input type="checkbox"/> Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych	
<input type="checkbox"/> Syllogomania (patologiczne zbieractwo)	<input type="checkbox"/> Brak	
<input type="checkbox"/> Problemy z nauką	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____	
Czy Pana(-i) dziecko z autyzmem ma w tej chwili również poniższe zaburzenia? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>		
<input type="checkbox"/> Zaburzenia lękowe	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność intelektualna (wcześniej określana jako opóźnienie umysłowe)	
<input type="checkbox"/> Zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD)	<input type="checkbox"/> Zaburzenia obsesyjno–kompulsyjne (OCD)	
<input type="checkbox"/> Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	<input type="checkbox"/> Zaburzenia opozycyjno–buntownicze (ODD)	
<input type="checkbox"/> Zaburzenie przetwarzania informacji słuchowej (CAPD)	<input type="checkbox"/> Schizofrenia lub inne zaburzenia psychiczne	
<input type="checkbox"/> Zaburzenia zachowania (CD)	<input type="checkbox"/> Konwulsje / zaburzenia konwulsyjne / epilepsja	
<input type="checkbox"/> Depresja	<input type="checkbox"/> Zaburzenia integracji sensorycznej	
<input type="checkbox"/> Opóźnienie rozwojowe	<input type="checkbox"/> Zespół stresu pourazowego (PTSD)	
<input type="checkbox"/> Niedosłuch	<input type="checkbox"/> Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych	
<input type="checkbox"/> Syllogomania (patologiczne zbieractwo)	<input type="checkbox"/> Brak	
<input type="checkbox"/> Problemy z nauką	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____	
Jakiego rodzaju specjalista jako pierwszy zdiagnozował u Pana(-i) dziecka autyzm? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>		
<input type="checkbox"/> Pediatria specjalizujący się w zaburzeniach rozwojowych	<input type="checkbox"/> Lekarz pierwszego kontaktu (lekarz rodzinny / pediatra)	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności
<input type="checkbox"/> Neurolog	<input type="checkbox"/> Psycholog	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____
<input type="checkbox"/> Psychiatry		
Ile lat miało dziecko, gdy zdiagnozowano u niego autyzm?		
<input type="checkbox"/> lat	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności	
Jakiego rodzaju działania zostały podjęte po zdiagnozowaniu u dziecka autyzmu? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>		
<input type="checkbox"/> Wizyta kontrolna	<input type="checkbox"/> Skierowanie do witryny/literatury specjalistycznej (np. przekazanie ulotek, broszur)	
<input type="checkbox"/> Skierowanie do specjalisty na dalsze badania	<input type="checkbox"/> Brak	
<input type="checkbox"/> Skierowanie do specjalisty na leczenie	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____	
<input type="checkbox"/> Skierowanie do programu wczesnej interwencji (Early Intervention)		
<input type="checkbox"/> Skierowanie do grup wsparcia		

Czy Pana(-i) dziecko skorzystało z programu wczesnej interwencji (Early Intervention)?						
<input type="checkbox"/> Tak. W jakim wieku zostało objęte programem?			<input type="checkbox"/> Nie mam pewności			
<input type="checkbox"/> Nie						
Czy Pana(-i) dziecko korzysta z poniższych programów? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>						
<input type="checkbox"/> Plan indywidualnej opieki nad rodziną (Individualized Family Service Plan, IFSP)			<input type="checkbox"/> Plan indywidualnego wsparcia (Individual Support Plan, ISP)			
<input type="checkbox"/> Plan indywidualnego toku nauczania (Individualized Education Plan, IEP)			<input type="checkbox"/> Brak			
<input type="checkbox"/> Plan 504			<input type="checkbox"/> Nie mam pewności			
Jeśli dziecko korzysta z Planu indywidualnej opieki nad rodziną (IFSP), proszę odpowiedzieć na poniższe pytanie. <u>Proszę wypełnić wszystkie trzy kolumny.</u>						
	Czy jest Pan(i) zadowolony z tego, jak program ten spełnia wszystkie potrzeby Pana(-i) dziecka?		Czy wziął Pan/wzięła Pani udział w ostatnim spotkaniu IFSP?		Czy Pana(-i) propozycje są uwzględniane w programie?	
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
Plan indywidualnej opieki nad rodziną (IFSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli dziecko korzysta z Planu indywidualnego toku nauczania (IEP), proszę odpowiedzieć na poniższe pytanie. <u>Proszę wypełnić wszystkie trzy kolumny.</u>						
	Czy jest Pan(i) zadowolony z tego, jak program ten spełnia wszystkie potrzeby Pana(-i) dziecka?		Czy wziął Pan/wzięła Pani udział w ostatnim spotkaniu IEP?		Czy Pana(-i) propozycje są uwzględniane w programie?	
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
Plan indywidualnego toku nauczania (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli dziecko korzysta z Planu 504, proszę odpowiedzieć na poniższe pytanie. <u>Proszę wypełnić wszystkie trzy kolumny.</u>						
	Czy jest Pan(i) zadowolony z tego, jak program ten spełnia wszystkie potrzeby Pana(-i) dziecka?		Czy wziął Pan/wzięła Pani udział w ostatnim spotkaniu Planu 504?		Czy Pana(-i) propozycje są uwzględniane w programie?	
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
Plan 504	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli dziecko korzysta z Planu indywidualnego wsparcia (ISP), proszę odpowiedzieć na poniższe pytanie. <u>Proszę wypełnić wszystkie trzy kolumny.</u>						
	Czy jest Pan(i) zadowolony z tego, jak program ten spełnia wszystkie potrzeby Pana(-i) dziecka?		Czy wziął Pan/wzięła Pani udział w ostatnim spotkaniu ISP?		Czy Pana(-i) propozycje są uwzględniane w programie?	
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
Plan indywidualnego wsparcia (ISP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Część 4

Czy Pana(-i) dziecko jest objęte poniższym rodzajem ubezpieczenia zdrowotnego? Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

<input type="checkbox"/> Prywatne ubezpieczenie Pana(-i) lub innego członka rodziny przysługujące w ramach zatrudnienia.	<input type="checkbox"/> Świadczenia dla weteranów lub TRICARE
<input type="checkbox"/> Prywatne ubezpieczenie Pana(-i) zakupione indywidualnie (nie w ramach zatrudnienia)	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie stomatologiczne
<input type="checkbox"/> Medicaid (Medical Assistance), CHIP lub Medicare	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie okulistyczne
	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie pokrywające leki na receptę
	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____

Czy Pana(-i) dziecko jest obecnie objęte ubezpieczeniem Medical Assistance lub Medicaid?

<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności
------------------------------	------------------------------	---

Czy Pana(-i) dziecko jest obecnie objęte którymś z poniższych programów w ramach ubezpieczenia Medical Assistance lub Medicaid?

<input type="checkbox"/> Adult Autism Waiver (Program usług dla dorosłych z autyzmem)	<input type="checkbox"/> Consolidated Waiver (Skonsolidowany program usług dla osób niepełnosprawnych)	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____
<input type="checkbox"/> Adult Community Autism Program (ACAP) (Społecznościowy program usług dla osób z autyzmem)	<input type="checkbox"/> P/FDS Waiver	<input type="checkbox"/> Żaden z wymienionych
	<input type="checkbox"/> OBRA Waiver	

Czy Pana(-i) dziecko znajduje się na liście oczekujących lub zainteresowanych programem?

<input type="checkbox"/> Lista oczekujących na miejsce w programie dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (P/FDS lub Consolidated Waiver)
<input type="checkbox"/> Lista osób zainteresowanych programami Biura ds. Usług dla osób z autyzmem (Bureau of Autism Services, BAS – Adult Autism Waiver lub ACAP)
<input type="checkbox"/> Obie odpowiedzi
<input type="checkbox"/> Na żadnej
<input type="checkbox"/> Nie mam pewności

Część 5

Czy Pana(-i) dziecko stosowało kiedykolwiek leki/substancje narkotyczne inne niż te przepisane przez lekarza w celach medycznych (oprócz witamin)?

<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności	<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać
------------------------------	------------------------------	---	--

Czy Pana(-i) dziecko kiedykolwiek przedawkowało leki/substancje narkotyczne (przepisane na receptę lub nielegalne)?

<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności	<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać
------------------------------	------------------------------	---	--

Część 6

Czy w zeszłym roku zabrał(a) Pan(i) swoje dziecko na izbę przyjęć do szpitala ze względu na problemy z zachowaniem lub zaburzenia psychiczne?

<input type="checkbox"/> Tak, _____ raz(y)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać
--	------------------------------	--

Czy w zeszłym roku Pana(-i) dziecko zostało przyjęte do szpitala lub placówki podobnej do szpitala ze względu na problemy z zachowaniem lub zaburzenia psychiczne?

<input type="checkbox"/> Tak, _____ raz(y)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać
--	------------------------------	--

PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA, ODNOŚCĄ SIĘ DO OSTATNIEGO POBYTU PANA(-I) DZIECKA W SZPITALU LUB PLACÓWCE PODOBNEJ DO SZPITALA.

Z jakiego powodu dziecko zostało przyjęte do szpitala lub placówki podobnej do szpitala?

Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

<input type="checkbox"/> Agresja	<input type="checkbox"/> Depresja	<input type="checkbox"/> Znaczące nasilenie się zachowań obsesyjnych
<input type="checkbox"/> Niepokój	<input type="checkbox"/> Ucieczka z domu / szkoły	
<input type="checkbox"/> Zachowanie buntownicze / opozycyjne	<input type="checkbox"/> Zachowanie autoagresywne	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności

Jak bardzo zadowolony(-a) lub niezadowolony(-a) jest Pan(i) z poniższych aspektów pobytu Pana(-i) dziecka w szpitalu?

	Bardzo zadowolony (-a)	Zadowolony/-a	Niezadowolony (-a)	Bardzo niezadowolony (-a)
Jakość leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planowanie wypisu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Włączenie rodziców w program leczenia przez personel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jaki sposób przebiegło przyjęcie do szpitala?

Moje dziecko (poniżej 14 r. ż.) zostało przywiezione przez swojego rodzica/swoich rodziców

Moje dziecko (od 14 do 18 r. ż.) zostało przywiezione przez swojego rodzica/swoich rodziców i zostało przyjęte do szpitala za jego zgodą

Moje dziecko (od 14 do 18 r. ż.) zostało przywiezione przez swojego rodzica/swoich rodziców i zostało przyjęte do szpitala wbrew jego woli

Moje dorosłe dziecko (powyżej 18 r. ż.) samo zgłosiło się do szpitala (201, leczenie dobrowolne)

Moje dorosłe dziecko (powyżej 18 r. ż.) zostało przyjęte do szpitala wbrew jego woli (302, leczenie przymusowe)

Wolę nie odpowiadać

Ile czasu Pana(-i) dziecko pozostało w szpitalu lub placówce podobnej do szpitala?

Krócej niż 24 godziny

24–48 godzin

Ponad 2 dni, proszę podać, jak długo _____

Czy to był pierwszy przypadek przyjęcia Pana(-i) dziecka do szpitala lub placówki podobnej do szpitala ze względu na problemy z zachowaniem lub psychiczne?

Tak

Nie

Nie mam pewności

Proszę podać szczegóły dotyczące ostatniego pobytu Pana(-i) dziecka w szpitalu z powodu problemów z zachowaniem lub psychicznych.

Część 7

Czy zachowanie Pana(-i) dziecka kiedykolwiek skutkowało następującymi interakcjami z policją/ systemem sprawiedliwości? *Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.*

<input type="checkbox"/> Wezwanie policji	<input type="checkbox"/> Odbycie wyroku w więzieniu
<input type="checkbox"/> Zatrzymanie i przesłuchanie przez policję ze względu na coś innego niż naruszenie przepisów drogowych	<input type="checkbox"/> Oskarżenie o popełnienie wykroczenia lub przestępstwa
<input type="checkbox"/> Pouczenie przez policję (za coś innego niż naruszenie przepisów kodeksu drogowego)	<input type="checkbox"/> Wyrok w zawieszeniu lub przedwczesne zwolnienie
<input type="checkbox"/> Wydanie wezwania do sądu	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____
<input type="checkbox"/> Areszt przez policję	<input type="checkbox"/> Brak
	<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać

Czy Pana(-i) dziecko było kiedykolwiek ofiarą przestępstwa?								
<input type="checkbox"/> Tak			<input type="checkbox"/> Nie			<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać		
Jeśli nie ma Pan(i) nic przeciwko, prosimy o podanie szczegółowych informacji na temat interakcji Pana(-i) dziecka z policją lub personelem systemu sprawiedliwości w charakterze sprawcy lub ofiary.								
Część 8								
JEŚLI JEST PAN(I) RODZICEM ZASTĘPCZYM OSOBY CIERPIĄCEJ NA AUTYZM, PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA. W PRZECIWNYM RAZIE PROSZĘ PRZEJŚĆ DO CZĘŚCI 9.								
Czy w minionym roku otrzymał(a) Pan(i) pomoc, szkolenia lub zasoby związane z Pana(-i) rolą i obowiązkami jako rodzica zastępczego?								
<input type="checkbox"/> Tak					<input type="checkbox"/> Nie			
Jeśli tak, proszę podać źródło pomocy, szkoleń czy zasobów i czy Pana(-i) zdaniem szkolenia były przygotowane pod kątem Pana(-i) roli i obowiązków. <i>Proszę wypełnić wszystkie trzy kolumny.</i>								
	Czy otrzymał Pan(i) szkolenia, wsparcie i zasoby ze strony tej agencji?		Czy czuł(a) się Pan(i) lepiej przygotowany po odbyciu tego szkolenia?			Czy szkolenie było związane z autyzmem?		
	Tak	Nie	Tak	Nie	Nd.	Tak	Nie	Nd.
Lokalna agencja pomocy dzieciom i młodzieży	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkoła dziecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prywatna agencja ds. opieki zastępczej, proszę podać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inna odpowiedź	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania dotyczące Pana(-i) doświadczeń jako opiekuna zastępczego.								
			Prawie nigdy / nigdy	Czasami	Zwykle	Zawsze / prawie zawsze		
Czy należy Pan(i) do zespołu terapeutycznego własnego dziecka?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Czy uczestniczy Pan(i) w spotkaniach dotyczących opieki nad Pana(-i) dzieckiem?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Czy uzyskuje Pan(i) pomoc, jeśli Pan(i) o nią poprosi?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Część 9								
Czy Pana(-i) dziecko zostało umieszczone w zeszłym roku w placówce opiekuńczej?								
<input type="checkbox"/> Tak			<input type="checkbox"/> Nie, ale jest aktualnie na liście oczekujących		<input type="checkbox"/> Nie i nie jest na liście oczekujących		<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać	

JEŚLI DZIECKO ZOSTAŁO UMIESZCZONE W PLACÓWCE OPIEKUNCZEJ, PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA. W PRZECIWNYM RAZIE PROSZĘ PRZEJŚĆ DO CZĘŚCI 10.				
Jak daleko jest oddalona placówka opiekuńcza od Pana(-i) domu?				
<input type="checkbox"/> 0–30 km	<input type="checkbox"/> 65–96 km	<input type="checkbox"/> 130–160 km	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności	
<input type="checkbox"/> 31–64 km	<input type="checkbox"/> 97–129 km	<input type="checkbox"/> Ponad 160 km		
Dlaczego Pana(-i) dziecko zostało umieszczone w placówce opiekuńczej? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>				
<input type="checkbox"/> Agresja	<input type="checkbox"/> Ucieczka z domu / szkoły			
<input type="checkbox"/> Niepokój	<input type="checkbox"/> Zachowanie autoagresywne			
<input type="checkbox"/> Zachowanie buntownicze / opozycyjne	<input type="checkbox"/> Znaczące nasilenie się zachowań obsesyjnych			
<input type="checkbox"/> Depresja	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź			
Jak długo dziecko przebywa / przebywało w placówce opiekuńczej?				
<input type="checkbox"/> Krócej niż tydzień	<input type="checkbox"/> 1–4 tygodnie	<input type="checkbox"/> Ponad 4 tygodnie		
Jak bardzo zadowolony(-a) lub niezadowolony(-a) jest Pan(i) z poniższych aspektów pobytu Pana(-i) dziecka w placówce opiekuńczej?				
	Bardzo zadowolony (-a)	Zadowolony/-a	Niezadowolony (-a)	Bardzo niezadowolony (-a)
Jakość leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planowanie wypisu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Włączenie rodziców w program leczenia przez personel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy informacje na temat lokalnych usług (rekreacyjnych, sportowych, związanych z wolontariatem lub innych) były uwzględnione w programie ustalonym przy wypisie?				
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności		
Czy leczenie / program ustalony przy wypisie był rozpisany w sposób łatwy do zrozumienia?				
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie			
Część 10				
Czy Pana(-i) dziecko jest w stanie wykonać następujące czynności?				
	Samodzielnie	Z pomocą	Nie jest w stanie	Nd.
Toaleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zjedzenie posiłku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ubranie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prośba o coś, czego potrzebuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prośba o coś, czego chce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zasygnalizowanie, że jest chore/ranne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ugotowanie/przygotowanie posiłku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zarządzanie pieniędzmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się samochodem (jako kierowca) / transportem publicznym / na rowerze / pieszo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy Pana(-i) dziecko korzysta w tej chwili z usług lub innego wsparcia w związku z poniższymi problemami? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>			
<input type="checkbox"/> Zachowanie autoagresywne	<input type="checkbox"/> Zachowanie agresywne	<input type="checkbox"/> Brak	
<input type="checkbox"/> Problemy ze snem	<input type="checkbox"/> Ucieczki		
<input type="checkbox"/> Niepokój	<input type="checkbox"/> Toaleta		
Czy Pana(-i) dziecko korzysta w tej chwili z usług rehabilitacji behawioralnej (Behavioral Health Rehabilitation Services, BHRS lub intensywnej opieki typu wraparound)?			
<input type="checkbox"/> Tak, w szkole	<input type="checkbox"/> Nie, ale ocena jest zakończona i usługi są zaplanowane		
<input type="checkbox"/> Tak, w domu / ośrodku lokalnym	<input type="checkbox"/> Nie		
<input type="checkbox"/> Tak, zarówno w szkole, jak i w domu / ośrodku lokalnym	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności		
<input type="checkbox"/> Nie, ale oczekuje na ocenę			
Jeśli tak, jak bardzo zadowolony(-a) jest Pan(i) z pomocy udzielanej przez zespół terapeutów?			
<input type="checkbox"/> Bardzo zadowolony(-a)	<input type="checkbox"/> Zadowolony(-a)	<input type="checkbox"/> Niezadowolony(-a)	<input type="checkbox"/> Bardzo niezadowolony(-a)
Część 11			
Czy Pana(-i) dziecko jest w tej chwili zatrudnione? Proszę wymienić tylko płatne posady.			
<input type="checkbox"/> Tak, na pełny etat (przynajmniej 35 godzin tygodniowo)	<input type="checkbox"/> Nie, ale w tej chwili szuka pracy		
	<input type="checkbox"/> Nie, jest na emeryturze		
<input type="checkbox"/> Tak, w niepełnym wymiarze (mniej niż 35 godzin tygodniowo)	<input type="checkbox"/> Ani nie jest na emeryturze, ani nie szuka pracy		
Jeśli tak, jakiego rodzaju pracę wykonuje Pana(-i) dziecko?			
<input type="checkbox"/> Pomoc w biurze i administracji	<input type="checkbox"/> Przygotowywanie / dostarczanie posiłków	<input type="checkbox"/> Produkcja / wytwórstwo	
<input type="checkbox"/> Sprzedaż (również detaliczna)	<input type="checkbox"/> Transport / postępowanie z materiałami	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____	
Czy Pana(-i) dziecko korzysta obecnie lub korzystało wcześniej z usług za pośrednictwem Biura ds. Aktywacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych (OVR)?			
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności	<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać
Jakiego typu wsparcia potrzebuje Pana(-i) dziecko, aby znaleźć i utrzymać pracę? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>			
<input type="checkbox"/> Pomoc w znalezieniu pracy	<input type="checkbox"/> Bieżące wsparcie		
<input type="checkbox"/> Pomoc w złożeniu podania i podczas rozmowy kwalifikacyjnej	<input type="checkbox"/> Nie potrzebuje takiej pomocy		
<input type="checkbox"/> Pomoc, jeśli pojawią się problemy lub w odnalezieniu się w nowej sytuacji	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____		
<input type="checkbox"/> Pomoc krótkoterminowa			
Część 12			
Jaka jest obecna sytuacja mieszkaniowa Pana(-i) dziecka?			
<input type="checkbox"/> Mieszka z rodzicem/rodzicami lub innymi krewnymi w domu rodzinnym	<input type="checkbox"/> Mieszka samodzielnie, korzystając z pomocy (w mieszkaniu własnym lub wynajętym)		
<input type="checkbox"/> Mieszka w placówce opiekuńczej (m.in. stanowym szpitalu lub centrum)	<input type="checkbox"/> Mieszka samodzielnie, nie korzystając z pomocy (w mieszkaniu własnym lub wynajętym)		
<input type="checkbox"/> Mieszka w kameralnym domu opieki	<input type="checkbox"/> Jest bezdomne		
<input type="checkbox"/> Mieszka ze współlokatorem / małżonkiem/ małżonką (w mieszkaniu własnym lub wynajętym)	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____		
Od jak dawna Pana(-i) dziecko mieszka w wyżej opisany sposób?			
<input type="checkbox"/> Całe swoje życie	<input type="checkbox"/> Mniej niż 1 rok	<input type="checkbox"/> 1–2 lata	<input type="checkbox"/> 3–5 lat
			<input type="checkbox"/> Ponad 5 lat

Jak zadowolony(-a) jest Pan(i) z obecnej sytuacji mieszkaniowej swojego dziecka?			
<input type="checkbox"/> Bardzo zadowolony(-a)	<input type="checkbox"/> Zadowolony(-a)	<input type="checkbox"/> Niezadowolony(-a)	<input type="checkbox"/> Bardzo niezadowolony(-a)
Jak trudno jest Pana(-i) dziecku wyrzucić rzeczy, nawet jeśli ich nie używa?			
<input type="checkbox"/> Bardzo trudno	<input type="checkbox"/> Dość trudno	<input type="checkbox"/> Łatwo	
Jak często bałagan w pomieszczeniach, gdzie mieszka Pana(-i) dziecko, przeszkadza mu w codziennych czynnościach? (np. nie może znaleźć zabawek, przyborów do szkoły czy innych przedmiotów lub ma problemy z poruszaniem się).			
<input type="checkbox"/> Zawsze	<input type="checkbox"/> Przez większość czasu	<input type="checkbox"/> Czasami	<input type="checkbox"/> Nigdy
Część 13			
Czy Pana(-i) dziecko chodzi w tej chwili do szkoły?			
<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie	
Jeśli tak, do jakiej?			
<input type="checkbox"/> Żłobek	<input type="checkbox"/> Szkoła średnia	<input type="checkbox"/> Przyuczenie do zawodu	
<input type="checkbox"/> Przedszkole	<input type="checkbox"/> Dwuletnie kolegium	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____	
<input type="checkbox"/> Szkoła podstawowa	<input type="checkbox"/> Czteroletnie kolegium		
<input type="checkbox"/> Gimnazjum	<input type="checkbox"/> Studia magisterskie		
Jeśli nie, jaki jest najwyższy poziom uzyskanego przez Pana(-i) dziecko wykształcenia?			
<input type="checkbox"/> Brak ukończonej szkoły	<input type="checkbox"/> Wykształcenie techniczne / zawodowe	<input type="checkbox"/> Wykształcenie zawodowe lub tytuł wyższy niż magister (np. MD, DDS, DVM, dr)	
	<input type="checkbox"/> Kolegium		
<input type="checkbox"/> Dziecko chodziło do szkoły, ale nie ukończyło szkoły średniej	<input type="checkbox"/> Tytuł akademicki Associates Degree		
	<input type="checkbox"/> Licencjat		
<input type="checkbox"/> Absolwent(ka) szkoły średniej / egzamin GED lub podobny	<input type="checkbox"/> Magister		
JESLI DZIECKO CHODZI DO SZKOŁY, PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA. W PRZECIWNYM RAZIE PROSZĘ PRZEJŚĆ DO CZĘŚCI 14.			
Czy w minionym roku dziecko zostało ukarane w szkole w któryś z poniższych sposobów? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>			
<input type="checkbox"/> Pobył w sali wyciszeń	<input type="checkbox"/> Zatrzymanie po lekcjach	<input type="checkbox"/> Relegowanie	
	<input type="checkbox"/> Zakaz uczęszczania na lekcje	<input type="checkbox"/> Żaden z wymienionych	
<input type="checkbox"/> Usunięcie z sali lekcyjnej	<input type="checkbox"/> Zakaz wstępu do szkoły		
Do jakiej kategorii edukacji specjalnej jest w tej chwili przypisane Pana(-i) dziecko? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>			
<input type="checkbox"/> Wsparcie dla autystyków	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność wieloraka		
<input type="checkbox"/> Wsparcie emocjonalne	<input type="checkbox"/> Brak (moje dziecko nie korzysta z żadnych usług w ramach edukacji specjalnej)		
<input type="checkbox"/> Dysfunkcje w zakresie przyswajania wiedzy	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności		
<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność intelektualna (wcześniej opóźnienie umysłowe)	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____		
Część 14			
Jakie ma Pan(i) długoterminowe plany wobec swojego dziecka na czas, kiedy nie będzie już Pan(i) w stanie się nim zajmować? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>			
<input type="checkbox"/> Organizacja zamieszkania w odpowiedniej placówce	<input type="checkbox"/> Wyznaczenie opiekuna	<input type="checkbox"/> Plany są w fazie przygotowania	
<input type="checkbox"/> Założenie funduszu powierniczego	<input type="checkbox"/> Wyznaczenie pełnomocnika	<input type="checkbox"/> Brak na tę chwilę	

Jak bardzo obawia się Pan(i) przygotowania i realizacji tych planów?					
	Bardzo się obawiam	Obawiam się	Obawiam się w średnim stopniu	Nie obawiam się	Nd.
Organizacja zamieszkania w odpowiedniej placówce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Założenie funduszu powierniczego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyznaczenie opiekuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyznaczenie pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plany są w fazie przygotowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy uważa Pan(i), że dysponuje Pan(i) zasobami, aby odpowiednio przygotować się do tych planów?					
	Tak	Nie	Nd.		
Organizacja zamieszkania w odpowiedniej placówce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Założenie funduszu powierniczego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wyznaczenie opiekuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wyznaczenie pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plany są w fazie przygotowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Część 15					
Proszę zaznaczyć, które z poniższych usług Pan(i) zna lub z których Pan(i) korzysta, lub na temat których potrzebuje Pan(i) więcej informacji.					
	Korzystam	Znam	Potrzebuję więcej informacji		
Biuro ds. Aktywacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Zasiłki społeczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Inna pomoc ze strony państwa (bony żywieniowe, dodatek mieszkaniowy itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Część 16

Proszę wskazać, czy poniższe problemy przeszkadzają lub uniemożliwiają Pana(-i) dziecku udział w zajęciach pozaszkolnych, np. sportowych, klubach, kołach zainteresowań czy innych zajęciach zorganizowanych.

	Tak	Nie	Nie mam pewności
Problemy emocjonalne (niepokój, depresja, lęk itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemy behawioralne (agresja, autoagresja itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemy natury fizycznej (z dostępem, mobilnością itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy Pana(-i) dziecko jest w stanie uczestniczyć w poniższych zajęciach?

Proszę wypełnić obie kolumny.

	Czy dziecko uczestniczy?		Jeśli tak, proszę podać ile godzin w tygodniu
	Tak	Nie	Liczba godzin
Wolontariat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grupy, kluby lub organizacje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia duchowa lub zajęcia religijne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ćwiczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zorganizowane zajęcia sportowe lub rekreacyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kółka hobbystyczne lub zainteresowań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prace / obowiązki domowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontakty ze znajomymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne zajęcia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Część 17

Proszę wybrać odpowiedź, która odzwierciedla Pana(-i) doświadczenia z korzystaniem przez dziecko z różnych usług.

	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nd.
Ogólnie mamy problemy, aby dziecko mogło korzystać z różnych usług	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moje dziecko spędza wystarczająco dużo czasu z lekarzami i innymi terapeutami prowadzącymi jego przypadek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lekarze i inni terapeuci prowadzący moje dziecko słuchają mnie uważnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lekarze i inni terapeuci prowadzący moje dziecko szanują wartości i zwyczaje obowiązujące w mojej rodzinie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lekarze i inni terapeuci prowadzący moje dziecko wyjaśniają mi wszystko w łatwy do zrozumienia sposób	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proszę opowiedzieć nam o potrzebach Pana(-i) dziecka w zakresie zdrowia i edukacji. **Proszę wypełnić obie kolumny.**

	Moje dziecko korzysta z tych usług		Czy dziecko potrzebuje tych usług w większym zakresie?	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Doradztwo w zakresie zdrowia psychicznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia lingwistyczna / logopedyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia zajęciowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia fizyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkolenie w zakresie umiejętności społecznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie behawioralne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie indywidualne (np. TSS, BSC, specjalista behawioralny)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie w zakresie koordynacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia mobilna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zarządzanie przypadkiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie zasiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usługi neurologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zarządzanie podawaniem leków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wychowanie seksualne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doradztwo w zakresie relacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obóz letni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Szkoła letnia (ESY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Przyuczenie do zawodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Planowanie zmian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wsparcie w zakresie zatrudnienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doradztwo w zakresie wyboru zawodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Podstawowa opieka zdrowotna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opieka stomatologiczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Proszę określić, czy się Pan(i) zgadza z poniższym stwierdzeniem dotyczącym niżej podanych usług: „Specjaliści zajmujący się moim dzieckiem posiadają odpowiednie umiejętności, aby z nim pracować”.					
	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nd.
Doradztwo w zakresie zdrowia psychicznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia lingwistyczna / logopedyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia zajęciowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia fizyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkolenie w zakresie umiejętności społecznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie behawioralne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie indywidualne (np. TSS, BSC, specjalista behawioralny)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie w zakresie koordynacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia mobilna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zarządzanie przypadkiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie zasiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usługi neurologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zarządzanie podawaniem leków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wychowanie seksualne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie relacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obóz letni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkoła letnia (ESY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przyuczenie do zawodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planowanie zmian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie w zakresie zatrudnienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie wyboru zawodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podstawowa opieka zdrowotna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opieka stomatologiczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Który element poniżej stanowi przeszkodę w korzystaniu z usług przeznaczonych dla dziecka? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>					
<input type="checkbox"/> Transport		<input type="checkbox"/> Brak odpowiedniej liczby personelu			
<input type="checkbox"/> Problemy z umówieniem wizyty		<input type="checkbox"/> Specjaliści w mojej okolicy nie pracują z osobami z autyzmem			
<input type="checkbox"/> Brak wystarczającej liczby specjalistów w okolicy		<input type="checkbox"/> Brak			
<input type="checkbox"/> Koszty usług / Moje ubezpieczenie nie pokrywa dostępnych usług		<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź			
<input type="checkbox"/> Brak specjalistów w okolicy		_____			
Czy Pana(-i) dziecko posługuje się formalnym systemem komunikacji? (np. Picture Exchange Communication System (PECS), tablet, urządzenie generujące mowę lub inny system w ramach alternatywnych i wspomagających metod komunikacji)					
<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie		<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź	
Jeśli tak, proszę wybrać miejsce, gdzie dziecko posługuje się takim systemem. <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>					
<input type="checkbox"/> Dom		<input type="checkbox"/> Szkoła		<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź	
<input type="checkbox"/> Praca		<input type="checkbox"/> W ramach społeczności		_____	

Część 18

Jak Pana(-i) dziecko zwykle dociera w miejsce, do którego musi się udać? Proszę podać środek transportu. Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

<input type="checkbox"/> Samodzielna jazda prywatnym samochodem	<input type="checkbox"/> Pasażer prywatnego samochodu prowadzonego przez wolontariusza
<input type="checkbox"/> Pasażer prywatnego samochodu prowadzonego przez rodzica lub innego członka rodziny	<input type="checkbox"/> Transport publiczny
<input type="checkbox"/> Pasażer prywatnego samochodu prowadzonego przez znajomego	<input type="checkbox"/> Transport jest zapewniony w ramach opieki dziennej
<input type="checkbox"/> Autobus / van należący do państwa, gminy lub organizacji non-profit	<input type="checkbox"/> Transport jest zapewniony przez kameralny dom opieki
<input type="checkbox"/> Taksówka lub inny wynajęty transport	<input type="checkbox"/> Transport jest zapewniony przez szkołę / instytucję edukacyjną
<input type="checkbox"/> Pieszo	<input type="checkbox"/> Transport współdzielony (Uber, Lyft)
<input type="checkbox"/> Rower	<input type="checkbox"/> Współkorzystanie z samochodu (np. ZipCar, Enterprise Car Share)
	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____

Część 19

Czy należy Pan(i) do grupy wsparcia lub interesu?

<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie, ale kiedyś należałem (-am)	<input type="checkbox"/> Nie, ale chciał(a)bym	<input type="checkbox"/> Nie
------------------------------	--	--	------------------------------

Jeśli kiedyś należał(a) lub obecnie należy Pan(i) do grupy wsparcia lub interesu, czy kontakty odbywają się osobiście, czy za pośrednictwem Internetu?

<input type="checkbox"/> Przez Internet	<input type="checkbox"/> Osobiście	<input type="checkbox"/> Obie odpowiedzi
---	------------------------------------	--

Jeśli kiedyś należał(a) lub obecnie należy Pan(i) do grupy wsparcia lub interesu, co zdecydowało o przynależności do grupy? Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

<input type="checkbox"/> Przyjaźń / Element towarzyski	<input type="checkbox"/> Podobne zainteresowania / doświadczenia	<input type="checkbox"/> Zalecono mi uczestnictwo
<input type="checkbox"/> Udostępnienie zasobów	<input type="checkbox"/> Większa świadomość	<input type="checkbox"/> Okazja do zmiany
		<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____

Jeśli nigdy nie należał(a) Pan(i) do grupy wsparcia lub interesu, proszę podać powód, dlaczego Pan(i) nie zdecydował(a) na taką przynależność? Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Brak czasu	<input type="checkbox"/> Koszty / wysokość opłaty członkowskiej
<input type="checkbox"/> Brak takiej grupy w mojej okolicy / mam za daleko	<input type="checkbox"/> Brak grupy odpowiedniej wiekowo/pod względem zainteresowań	
<input type="checkbox"/> Nie jestem zainteresowany(-a)	<input type="checkbox"/> Czuję się wykluczony(-a) / Nie pasuję tam	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____

Część 20

Czy Pana(-i) dziecko ma problemy ze znalezieniem wspólnego języka z następującymi osobami:

	Zawsze	Czasami	Nigdy	Nd.
Rodzic(e) lub inni opiekunowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bracia i siostry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Członkowie dalszej rodziny (dziadkowie, ciocie, wujkowie itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne osoby, które pojawiają się w domu (dotyczy wykazania się zachowaniem odpowiednim do sytuacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proszę powiedzieć, jakiego wsparcia potrzebuje Pana(-i) rodzina. *Proszę wypełnić obie kolumny.*

	Czy Pana(-i) rodzina korzysta z poniższych usług?		Moja rodzina potrzebuje więcej tego typu usług	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Opieka w ramach pobytu czasowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opieka dzienna dla dorosłych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo dla rodzin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupy wsparcia dla rodzeństwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie zdrowia psychicznego dla rodzeństwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupy wsparcia dla rodziców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie zdrowia psychicznego dla rodziców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu zgadza lub nie zgadza się Pan(i) z następującym stwierdzeniem? „Specjaliści zajmujący się moim dzieckiem posiadają odpowiednie umiejętności, aby z nim pracować”.

	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nd.
Opieka w ramach pobytu czasowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opieka dzienna dla dorosłych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo dla rodzin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupy wsparcia dla rodzeństwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

psychicznego dla rodzeństwa					
Grupy wsparcia dla rodziców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie zdrowia psychicznego dla rodziców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W jakim stopniu zgadza lub nie zgadza się Pan(i) z następującym stwierdzeniem? „Ta usługa skutecznie spełnia potrzeby mojej rodziny”.					
	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nd.
Opieka w ramach pobytu czasowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opieka dzienna dla dorosłych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo dla rodzin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupy wsparcia dla rodzeństwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie zdrowia psychicznego dla rodzeństwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupy wsparcia dla rodziców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie zdrowia psychicznego dla rodziców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jakie ograniczenia lub przeszkody napotyka Pan(i), chcąc skorzystać z usług wsparcia dla rodziny? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>					
<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Brak specjalistów w okolicy	<input type="checkbox"/> Brak			
<input type="checkbox"/> Problemy z umówieniem wizyty	<input type="checkbox"/> Koszty usług / Moje ubezpieczenie nie pokrywa kosztów dostępnych usług	<input type="checkbox"/> Inne			
<input type="checkbox"/> Brak wystarczającej liczby specjalistów w okolicy		_____			

W jaki sposób (jeśli w ogóle) choroba Pana(-i) dziecka (autyzm) wpłynęła na Pana(-i) możliwości pracy zarobkowej? Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.			
	Ja	Mój partner / Moja partnerka	
Zaprzestanie pracy poza domem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skrócone godzin pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wydłużone godziny pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zmiana pracodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zmiana rodzaju pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zmiana harmonogramu pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zmiana stanowiska u tego samego pracodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skorzystanie z przywilejów ustawy o gwarancji zatrudnienia i urlopie bezpłatnym na czas opieki nad członkiem rodziny (Family Medical Leave Act, FMLA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utrata awansu / lepszych możliwości zawodowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utrata pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Upomnienie dyscyplinarne / zawieszenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inna odpowiedź	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chcielibyśmy zapytać Pana(-ią) o udział w zajęciach w naszej społeczności.			
Czy zdarza się Panu(-i) uczestniczyć w następujących działaniach? Proszę wypełnić obie kolumny.			
	Czy uczestniczy Pan(-i) w poniższych zajęciach?		Jeśli tak, proszę podać przez ile godzin w tygodniu
	Tak	Nie	Liczba godzin
Wolontariat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grupy / organizacje społecznościowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia duchowa lub zajęcia religijne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ćwiczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kółka hobbyistyczne lub zainteresowań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prace / obowiązki domowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontakty ze znajomymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne zajęcia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Proszę podać, czy w ostatnich 30 dniach uczestniczył(a) Pan(i) w tych zajęciach w stopniu wystarczającym dla Pana(-i) oraz czy udział w takich zajęciach jest dla Pana(-i) ważny. <u>Proszę wypełnić obie kolumny.</u>					
	Czy uczestniczy Pan(i) w tych zajęciach?			Te zajęcia są dla mnie ważne	
	W stopniu wystarczającym	W stopniu niewystarczającym	W stopniu zbyt intensywnym	Tak	Nie
Chodzenie do biblioteki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chodzenie na siłownię, ćwiczenia lub zajęcia rehabilitacyjne, np. basen, lub uczestniczenie w zajęciach sportowych (kręgle, tenis, mini golf itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczestniczenie w spotkaniach grupy/organizacji o wspólnych interesach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udział w spotkaniach klubu zainteresowań w społeczności (np. klubie czytelniczym, hobbystycznym lub innym, gdzie spotykają się ludzie o podobnych zainteresowaniach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczestniczenie w spotkaniach organizacji społecznych lub partii politycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dziękujemy za wypełnienie oceny potrzeb pacjenta z autyzmem w stanie Pensylwania!