

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ, СВЯЗАННЫХ С АУТИЗМОМ, В ШТАТЕ ПЕНСИЛЬВАНИЯ

Спасибо, что заполнили этот опрос. Поскольку большинство респондентов — родители / опекуны, в этом опросе мы будем называть человека с аутизмом «ваш ребенок». Термин «аутизм» используется для обозначения расстройств аутического спектра (РАС). Пожалуйста, заполните этот опрос для вашего старшего ребенка с аутизмом. Выбирайте только один ответ на каждый вопрос, если не указано иное. Если у вас возникнут вопросы, обратитесь, пожалуйста, в ASERT Collaborative по эл. почте info@paautism.org или по телефону 1-877-231-4244.

Раздел 1

Пожалуйста, идентифицируйте себя.

- Мать
 Отец
 Приемный родитель
 Другое _____

Вы законный опекун ребенка с аутизмом?

- Да
 Нет
 Не уверен(а)

Какие из указанных характеристик точнее всего описывают ваше семейное положение?

- Женат (замужем за) с/живу вместе с другим родителем ребенка
 Женат (замужем за) с/живу вместе с человеком, не являющимся родителем ребенка
 Вдовец (вдова)
 Никогда не был женат (замужем)
 Разведен (-а)
 Предпочитаю не отвечать

Укажите свою расу/этническую принадлежность. Выберите все подходящие варианты.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Темнокожий или афроамериканец | <input type="checkbox"/> Кореец |
| <input type="checkbox"/> Индус | <input type="checkbox"/> Китаец | <input type="checkbox"/> Японец |
| <input type="checkbox"/> Европеоид / евроамериканец | <input type="checkbox"/> Филиппинец | <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских островов |
| | <input type="checkbox"/> Испанского или латиноамериканского происхождения | <input type="checkbox"/> Вьетнамец |
| | | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать |

Укажите расу/этническую принадлежность вашего ребенка. Выберите все подходящие варианты.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Темнокожий или афроамериканец | <input type="checkbox"/> Кореец |
| <input type="checkbox"/> Индус | <input type="checkbox"/> Китаец | <input type="checkbox"/> Японец |
| <input type="checkbox"/> Европеоид / евроамериканец | <input type="checkbox"/> Филиппинец | <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских островов |
| | <input type="checkbox"/> Испанского или латиноамериканского происхождения | <input type="checkbox"/> Вьетнамец |
| | | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать |

Укажите ваш пятизначный индекс.

Укажите наивысший уровень полученного вами образования.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Неоконченная средняя школа | <input type="radio"/> ПТУ | <input type="radio"/> Степень специалиста или аспирантура дополнительно к степени магистра (например, MD - доктор медицины, DDS - доктор стоматологии, DVM - ветеринар, PhD - доктор наук) |
| <input type="radio"/> Средняя школа или диплом об общеобразовательной подготовке (GED) | <input type="radio"/> Неоконченное среднее специальное образование | |
| | <input type="radio"/> Неоконченное среднее специальное образование | |
| | <input type="radio"/> Степень бакалавра | |

Укажите год и месяц рождения вашего ребенка.

Месяц рождения (ММ) _____ Год рождения (YYYY) _____

Укажите пол ребенка.

- Мужской
 Женский
 Другое _____

Ваш ребенок усыновлен?

- Нет
 Да. Сколько лет было вашему ребенку, когда вы его усыновили? _____

Сколько у вашего ребенка родных братьев и сестер с аутизмом? (включая сводных, единокровных и единоутробных братьев и сестер)

Сколько из этих братьев и сестер также был диагностирован аутизм?

Сколько из этих братьев и сестер также был диагностирован аутизм?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0-10000 дол. США | <input type="checkbox"/> 40001-50000 дол. США | <input type="checkbox"/> 80001-90000 дол. США |
| <input type="checkbox"/> 10001-20000 дол. США | <input type="checkbox"/> 50001-60000 дол. США | <input type="checkbox"/> 90001-100000 дол. США |
| <input type="checkbox"/> 20001-30000 дол. США | <input type="checkbox"/> 60001-70000 дол. США | <input type="checkbox"/> от 100000 дол. США |
| <input type="checkbox"/> 30001-40000 дол. США | <input type="checkbox"/> 70001-80000 дол. США | |

Раздел 2

Если сравнивать общее состояние здоровья вашего ребенка с аутизмом с состоянием 12 месяцев назад, вы можете утверждать что оно:

- Улучшилось Ухудшилось Без изменений

Без изменений:

Сколько времени прошло с момента последнего визита вашего ребенка к стоматологу? (Включая все виды стоматологических специалистов/ортодонтот, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-гигиенистов).

- Менее 6 месяцев От 6 месяцев до года Более 1 года

Сколько времени прошло с момента последнего планового медосмотра вашего ребенка? (Плановый осмотр — это общий медицинский осмотр, а не обследование в связи с конкретными травмами, болезнями или состояниями).

- Менее 6 месяцев От 6 месяцев до года Более 1 года

Предписаны ли в настоящее время вашему ребенку с аутизмом какие-либо препараты, кроме витаминов?

- Да Нет Не знаю

Если да, перечислите их.

Раздел 3

Диагностирование аутизма у вашего ребенка прошло...

- Очень легко Довольно легко Довольно сложно Довольно сложно Не применяется

Если «довольно сложно» или «очень сложно», что именно вызвало трудности?

Выберите все подходящие варианты.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Поиск врача/специалиста | <input type="checkbox"/> Проблемы с планированием визитов | <input type="checkbox"/> Отсутствие ухода за ребенком |
| <input type="checkbox"/> Транспортировка | <input type="checkbox"/> Стоимость / дополнительная плата | <input type="checkbox"/> Языковой барьер / отсутствие переводчика |
| <input type="checkbox"/> Получение направления | <input type="checkbox"/> Длительное время ожидания | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Опекунство | | |
| <input type="checkbox"/> Медицинское страхование | | |

Было ли диагностировано вашему ребенку какое-либо из нижеприведенных состояний до выявления аутизма? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Тревожное расстройство | <input type="checkbox"/> Интеллектуальное нарушение (ранее известное как умственная отсталость) |
| <input type="checkbox"/> Дефицит внимания/синдром гиперактивности (СДВГ) | <input type="checkbox"/> Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) |
| <input type="checkbox"/> Биполярное аффективное расстройство | <input type="checkbox"/> Оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) |
| <input type="checkbox"/> Центральное нарушение обработки слуховой информации (ЦНОСИ) | <input type="checkbox"/> Шизофрения и другие психотические расстройства |
| <input type="checkbox"/> Расстройство поведения (РП) | <input type="checkbox"/> Судороги/эпилепсия |
| <input type="checkbox"/> Депрессия | <input type="checkbox"/> Нарушение обработки сенсорной информации |
| <input type="checkbox"/> Задержка в развитии | <input type="checkbox"/> Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) |
| <input type="checkbox"/> Нарушение слуха | <input type="checkbox"/> Расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ |
| <input type="checkbox"/> Патологическое накопительство | <input type="checkbox"/> Ничего из указанного |
| <input type="checkbox"/> Нарушение обучаемости | <input type="checkbox"/> Другое _____ |

Имеет ли на данный момент ваш ребенок с аутизмом какой-либо из указанных диагнозов? Выберите все подходящие варианты.

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Педиатр - специалист по вопросам развития | <input type="checkbox"/> Врач общей практики (семейный врач/терапевт) | <input type="checkbox"/> Не знаю |
| <input type="checkbox"/> Невролог | <input type="checkbox"/> Психолог | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Психиатр | | |

В каком возрасте вашему ребенку был диагностирован аутизм?

- лет _____ Не знаю

Какие услуги врачебного наблюдения/ресурсы были вам предоставлены после диагностирования аутизма? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Контрольный прием у врача | <input type="checkbox"/> Направление на терапевтическое вмешательство в раннем детском возрасте |
| <input type="checkbox"/> Направление к специалисту для дальнейшего обследования | <input type="checkbox"/> Ссылка на сайт, литературу (например, раздаточные материалы, информационные буклеты) |
| <input type="checkbox"/> Направление к специалисту для лечения | <input type="checkbox"/> Ничего из указанного |
| | <input type="checkbox"/> Другое _____ |

Ваш ребенок получил услуги терапевтического вмешательства в раннем детском возрасте?

- Да. С какого возраста он получал такие услуги? _____ Не знаю
- Нет

Имеет ли на данный момент ваш ребенок с аутизмом какой-либо из указанных планов? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Индивидуальный план обслуживания семьи (ИПОС) | <input type="checkbox"/> План индивидуальной поддержки (ПИП) |
| <input type="checkbox"/> План индивидуального образования (ПИО) | <input type="checkbox"/> Ничего из указанного |
| <input type="checkbox"/> План 504 | <input type="checkbox"/> Не знаю |

Если для вашего ребенка разработан индивидуальный план обслуживания семьи (ИПОС), ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы. Пожалуйста, не забудьте заполнить все три столбца.

	Этот план удовлетворяет все потребности вашего ребенка?		Вы посещали последнее собрание ИПОС?		Этим планом предусмотрено ваше участие?	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Индивидуальный план обслуживания семьи (ИПОС)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если для вашего ребенка разработан план индивидуального образования (ПИО), ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы. Пожалуйста, не забудьте заполнить все три столбца.

	Этот план удовлетворяет все потребности вашего ребенка?		Вы посещали последнее собрание ПИО?		Этим планом предусмотрено ваше участие?	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
План индивидуального образования (ПИО)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если для вашего ребенка разработан план 504, ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы. Пожалуйста, не забудьте заполнить все три столбца.

	Этот план удовлетворяет все потребности вашего ребенка?		Вы посещали последнее собрание План 504?		Этим планом предусмотрено ваше участие?	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
План 504	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если для вашего ребенка разработан план индивидуальной поддержки (ПИП), ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы. Пожалуйста, не забудьте заполнить все три столбца.

	Этот план удовлетворяет все потребности вашего ребенка?		Вы посещали последнее собрание ПИП?		Этим планом предусмотрено ваше участие?	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
План индивидуальной поддержки (ПИП)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Раздел 4

У вашего ребенка на данный момент есть какая-либо из указанных медицинских страховок? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Частное медицинское страхование, которое вы или член вашей семьи получают на месте работы | <input type="checkbox"/> Пособия и привилегии для демобилизованных военнослужащих или военное страхование TRICARE |
| <input type="checkbox"/> Частное медицинское страхование, купленное вами или членом вашей семьи (не предоставляется работодателем) | <input type="checkbox"/> Страхование стоматологической помощи |
| <input type="checkbox"/> Medicaid (Программа бесплатной медицинской помощи неимущим и малоимущим)/Medical Assistance (Медицинская помощь), CHIP (детская программа страхования здоровья) или Medicare (федеральная программа медицинского страхования для людей старше 65 лет) | <input type="checkbox"/> Страхование зрения |
| | <input type="checkbox"/> Страхование, которое покрывает стоимость рецептурных препаратов |
| | <input type="checkbox"/> Другое _____ |

Ваш ребенок в настоящее время зачислен в Medical Assistance или Medicaid?

- Да Нет Не знаю

Ваш ребенок в настоящее время зачислен в любую из указанных программ Medical Assistance или Medicaid?

- Альтернативная программа для взрослых с аутизмом (Adult Autism Waiver) Объединенная альтернативная программа для лиц с интеллектуальными нарушениями (Consolidated Waiver) Другое _____
- Программа сообществ для взрослых с аутизмом (ACAP) Альтернативная программа индивидуальной поддержки / адресной поддержки семьи (P/FDS Waiver) Ничего из вышеуказанного
- Альтернативная программа OBRA

Befindet sich ihr Kind im Moment auf der Warte- oder Interessentenliste?

- Warteliste für Programme für Personen mit geistiger Behinderung (P/FDS oder Consolidated waivers)
- Interessentenliste für Programme des Bureau of Autism Services (BAS - Adult Autism Waiver oder ACAP)
- Beides. Keine. Ich weiß nicht

Раздел 5

Ваш ребенок когда-либо принимал препараты помимо тех, которые требуются по медицинским показаниям (кроме витаминов)?

- Да Нет Не знаю Предпочитаю не отвечать

У вашего ребенка когда-либо была передозировка препаратов (предписанных или незаконных)?

- Да Нет Не знаю Предпочитаю не отвечать

Раздел 6

За последний год вы обращались с ребенком в пункт неотложной помощи в связи с поведенческими или психиатрическими проблемами?

- Да, _____ раз. Нет Предпочитаю не отвечать

За последний год ваш ребенок поступал в больницу или аналогичные учреждения в связи с поведенческими или психиатрическими проблемами?

- Да, _____ раз. Нет Предпочитаю не отвечать

ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПОСЛЕДНИМ ПРЕБЫВАНИЕМ ВАШЕГО РЕБЕНКА В БОЛЬНИЦЕ ИЛИ АНАЛОГИЧНОМ УЧРЕЖДЕНИИ.

По какой причине/причинам ваш ребенок поступил в больницу или аналогичное учреждение? Выберите все подходящие варианты.

- Агрессия Депрессия Значительное усиление навязчивых идей
- Тревога Сбежал (-а) из дома/школы Другое _____
- Оппозиционно-вызывающее поведение Самоповреждающее поведение Не знаю

Насколько вы удовлетворены или неудовлетворены следующими аспектами пребывания вашего ребенка в больнице?

	Очень удовлетворен (-а)	Удовлетворен (-а)	Неудовлетворен (-а)	Очень неудовлетворен (-а)
Качество лечения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Планирование выписки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Вовлечение родителей персоналом в планирование лечения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Как был госпитализирован ваш ребенок?

- Мой ребенок (младше 14 лет) поступил в больницу с родителем/родителями
- Мой ребенок подросткового возраста (от 14 до 18 лет) поступил в больницу с родителем / родителями и согласился на госпитализацию
- Мой ребенок подросткового возраста (от 14 до 18 лет) поступил в больницу с родителем / родителями, но не согласился на госпитализацию
- Мой взрослый ребенок (старше 18 лет) поступил в больницу самостоятельно (201, добровольное лечение)
- Мой взрослый ребенок (старше 18 лет) поступил в больницу против его воли (302, принудительное лечение)
- Предпочитаю не отвечать

Как долго ваш ребенок пребывал в больнице или аналогичном учреждении?

- Менее 24 часов
- 24-48 часов
- более 2 дней, укажите, пожалуйста, сколько _____

Это была первая госпитализация вашего ребенка, связанная с поведенческими или психиатрическими проблемами?

- Да
- Нет
- Не знаю

Укажите, пожалуйста, любые дополнительные подробности о последнем пребывании вашего ребенка в больнице в связи с поведенческими или психиатрическими проблемами.

Раздел 7**Поведение вашего ребенка когда-либо было причиной взаимодействия с полицией/ системой правосудия? Выберите все подходящие варианты.**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Вызов полиции | <input type="checkbox"/> Отбывание срока в тюрьме |
| <input type="checkbox"/> Остановка и допрос полицией по причине иной, чем нарушение ПДД | <input type="checkbox"/> Обвинение в правонарушении или преступлении |
| <input type="checkbox"/> Предупреждение полиции (не связанное с нарушением ПДД) | <input type="checkbox"/> Испытательный срок или освобождение на поруки |
| <input type="checkbox"/> Штрафная квитанция | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Арест полицией | <input type="checkbox"/> Ничего из указанного |
| | <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать |

Был ли ваш ребенок жертвой преступления?

- Да
- Нет
- Предпочитаю не отвечать

Если вы не против, укажите, пожалуйста, больше информации об опыте вашего ребенка с полицией или сотрудниками системы правосудия, или как жертвы преступления.

Раздел 8

ЕСЛИ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ ПРИЁМНЫМ РОДИТЕЛЕМ ДЛЯ ЛИЦА С АУТИЗМОМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ. В ПРОТИВНОМ СЛУЧАЕ ПЕРЕЙДИТЕ К РАЗДЕЛУ 9.

В прошлом году вы получали поддержку, обучение или ресурсы в качестве приемного родителя?

- Да Нет

Если да, пожалуйста, укажите, кто предоставил вам поддержку, обучение или ресурсы, и считаете ли вы, что обучение помогло вам подготовиться к выполнению ваших обязанностей. Пожалуйста, не забудьте заполнить все три столбца.

	Вы получили поддержку, обучение или ресурсы из этого агентства?		Вы чувствуете себя подготовленным/подготовленной после такого обучения?			Это обучение было связано с аутизмом?		
	Да	Нет	Да	Нет	Не применяется	Да	Нет	Не применяется
Агентство округа по вопросам детей и молодежи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Из школы ребенка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Частное агентство патронирования, укажите _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другое _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы о вашем опыте патронажного воспитания.

	Почти никогда/никогда	Иногда	Обычно	Всегда/почти всегда
Вы включены в состав лечащей группы вашего ребенка?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Вы включены в другие совещания по поводу ухода за вашим ребенком?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Вам оказывают помощь, когда вы об этом просите?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Раздел 9

В прошлом году ваш ребенок пребывал в коррекционно-образовательном центре?

- Да Нет, но в настоящее время находится в списке кандидатов Нет, и не включен в список кандидатов Предпочитаю не отвечать

ЕСЛИ ВАШ РЕБЕНОК ПРЕБЫВАЛ В КОРРЕКЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ЦЕНТРЕ, ОТВЕЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ. В ПРОТИВНОМ СЛУЧАЕ ПЕРЕЙДИТЕ К РАЗДЕЛУ 10.

В скольких километрах от вашего дома приблизительно находится коррекционно-образовательный центр?

- 0-30 км 66-95 км 131-160 км Не знаю
 31-65 км 96-130 км Более 160 км

Почему ваш ребенок был помещен в коррекционно-образовательный центр? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Агрессия | <input type="checkbox"/> Сбегал (-а) из дома/школы |
| <input type="checkbox"/> Тревога | <input type="checkbox"/> Самотравмирующее поведение |
| <input type="checkbox"/> Оппозиционно-вызывающее поведение | <input type="checkbox"/> Значительное усиление навязчивых идей |
| <input type="checkbox"/> Депрессия | <input type="checkbox"/> Другое _____ |

Как долго ваш ребенок пребывал/пребывает в коррекционно-образовательном центре?

- Меньше недели 1 – 4 недели Более 4 недель

Насколько вы удовлетворены или неудовлетворены следующими аспектами пребывания вашего ребенка в коррекционно-образовательном центре?

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
Качество лечения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Планирование выписки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Вовлечение родителей персоналом в планирование лечения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Была ли информация об услугах в рамках общины (отдых, спорт, волонтерские возможности и др.) включена в ваш план выписки?

- Да Нет Не знаю

План лечения/выписки составлены в понятной форме?

- Да Нет

Раздел 10

Способен ли ваш ребенок выполнять следующие виды деятельности?

	Самостоятельно	С помощью	Не способен	Не применяется
Пользование туалетом	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Прием пищи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Одевание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Просьбы предоставить необходимые вещи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Просьбы предоставить желаемые вещи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Информирование о плохом самочувствии/боли	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Приготовление пищи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Распоряжение деньгами	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Посещение мест на личном автомобиле / общественном транспорте/велосипеде/пешком	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ваш ребенок в настоящее время получает услуги или иную поддержку в связи с чем-либо из нижеуказанного? Выберите все подходящие варианты.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Самотравмирующее поведение | <input type="checkbox"/> Агрессивное поведение | <input type="checkbox"/> Ничего из указанного |
| <input type="checkbox"/> Нарушения сна | <input type="checkbox"/> Побег | |
| <input type="checkbox"/> Тревога | <input type="checkbox"/> Пользование туалетом | |

Получает ли ребенок в настоящее время реабилитационные услуги по коррекции поведения (BHRS или комплексный план ухода - т.н. «wgaround»)?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Да, в школе | <input type="radio"/> Нет, но обследование завершено, план в стадии разработки |
| <input type="radio"/> Да, дома/в общине | <input type="radio"/> Нет |
| <input type="radio"/> Да, и в школе, и дома/в общине | <input type="radio"/> Не знаю |
| <input type="radio"/> Нет, но ожидает на обследование | |

Если да, насколько вы удовлетворены поддержкой, которую вы получили от лечащей команды?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Очень удовлетворен (-а) | <input type="radio"/> Удовлетворен (-а) | <input type="radio"/> Неудовлетворен (-а) | <input type="radio"/> Очень неудовлетворен (-а) |
|---|---|---|---|

Раздел 11

Ваш ребенок в настоящее время работает? Указывайте только оплачиваемые должности.

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Да, на полную занятость (35 часов в неделю или больше) | <input type="radio"/> Нет, но в поисках работы |
| <input type="radio"/> Да, на частичную занятость (менее 35 часов в неделю) | <input type="radio"/> Нет, он на пенсии |
| | <input type="radio"/> Не на пенсии и не ищет работу |

Если да, какая это работа?

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Офис / административная поддержка | <input type="radio"/> Приготовление пищи / обслуживание | <input type="radio"/> Производство |
| <input type="radio"/> Должность в сфере сбыта (включая розничную торговлю) | <input type="radio"/> Транспортировка / обработка материалов | <input type="radio"/> Другое _____ |

Ваш ребенок в настоящее время или ранее получал услуги через Управление профессиональной реабилитации (УПР)?

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Да | <input type="radio"/> Нет | <input type="radio"/> Не знаю | <input type="radio"/> Предпочитаю не отвечать |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|---|

Какую поддержку, по вашему мнению, должен получить ваш ребенок, чтобы трудоустроиться? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Помощь в поиске рабочих мест | <input type="checkbox"/> Текущая поддержка |
| <input type="checkbox"/> Поддержка с подачей заявок и прохождением собеседований | <input type="checkbox"/> Поддержка не требуется |
| <input type="checkbox"/> Поддержка при возникновении проблем или новых обстоятельств | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Кратковременная поддержка | |

Раздел 12

Каковы нынешние условия проживания вашего ребенка?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> С родителем (-ями) или другими родственниками дома | <input type="radio"/> В групповом доме |
| <input type="radio"/> В коррекционно-образовательном центре (включая государственную больницу или Государственный центр) | <input type="radio"/> Самостоятельное проживание с поддержкой (аренда или собственное жилье) |
| <input type="radio"/> С соседом по комнате/супругом (-ой) (аренда или собственное жилье) | <input type="radio"/> Самостоятельное проживание без поддержки (аренда или собственное жилье) |
| | <input type="radio"/> Бездомный |
| | <input type="radio"/> Другое _____ |

Как долго ваш ребенок проживает в таких условиях?

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Все детство | <input type="radio"/> Менее 1 года | <input type="radio"/> 1-2 года | <input type="radio"/> 3-5 лет | <input type="radio"/> Более 5 лет |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Насколько вы удовлетворены текущими условиями жизни вашего ребенка?

- Очень удовлетворен (-а) Удовлетворен (-а) Неудовлетворен (-а) Очень неудовлетворен (-а)

Насколько тяжело вашему ребенку выбрасывать вещи, даже если он ими не пользуется?

- Очень сложно Довольно сложно Вообще не сложно

Как часто беспорядок в вещах вашего ребенка препятствует его повседневной деятельности? (Например, не удается найти игрушки, школьные материалы или другие вещи, или существуют проблемы с передвижением в пространстве из-за беспорядка.)

- Всегда Преимущественно Иногда Никогда

Раздел 13**Ваш ребенок в настоящее время ходит в школу?**

- Да Нет

Если да, то в какую?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Детский сад | <input type="radio"/> Средняя школа | <input type="radio"/> Профессиональ
но-техническое
обучение |
| <input type="radio"/> Подготовительный класс | <input type="radio"/> Двухлетняя программа колледжа | <input type="radio"/> Другое _____ |
| <input type="radio"/> Начальная школа | <input type="radio"/> Четырехлетняя программа колледжа | |
| <input type="radio"/> Основная школа | <input type="radio"/> Магистратура | |

Если нет, какое наивысшее полученное образование вашего ребенка?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Нет образования | <input type="radio"/> ПТУ | <input type="radio"/> Степень специалиста или
аспирантура |
| <input type="radio"/> Неоконченная средняя школа | <input type="radio"/> Неоконченное
среднее специальное
образование | <input type="radio"/> Дополнительно к степени
магистра (например, MD -
доктор медицины, DDS -
доктор стоматологии,
DVM - ветеринар, PhD -
доктор наук) |
| <input type="radio"/> Средняя школа или диплом об
общеобразовательной
подготовке (GED) или
альтернативный диплом о | <input type="radio"/> Младший специалист | |
| | <input type="radio"/> Степень бакалавра | |
| | <input type="radio"/> степени магистра | |

ЕСЛИ ВАШ РЕБЕНОК В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОСЕЩАЕТ ШКОЛУ, ОТВЕТЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ. В ПРОТИВНОМ СЛУЧАЕ ПЕРЕЙДИТЕ К РАЗДЕЛУ 14.

В прошлом году ваш ребенок подвергался дисциплинарному наказанию в школе любым из следующих способов? Выберите все подходящие варианты.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Комната изоляции | <input type="checkbox"/> Временное отстранение | <input type="checkbox"/> Исключение из школы |
| <input type="checkbox"/> Выдворение из класса | <input type="checkbox"/> от учебного процесса с | <input type="checkbox"/> Ничего из |
| <input type="checkbox"/> Пребывание в школе | посещением школы | вышеуказанного |
| после уроков | <input type="checkbox"/> Временное исключение | |
| | из школы | |

В какой категории специального образования в настоящее время находится ваш ребенок? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Поддержка лиц с аутизмом | <input type="checkbox"/> Сложные дефекты |
| <input type="checkbox"/> Эмоциональная поддержка | <input type="checkbox"/> Ничего из указанного (мой ребенок не получает |
| <input type="checkbox"/> Нарушение обучаемости | специальных образовательных услуг) |
| <input type="checkbox"/> Интеллектуальное нарушение (ранее | <input type="checkbox"/> Не знаю |
| известное как умственная отсталость) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |

Раздел 14

Какие у вас долгосрочные планы для вашего ребенка, когда вы больше не сможете о нем заботиться? Выберите все подходящие варианты.

- Обеспечить жилищные условия Назначить опекуна Разрабатываю план в настоящее время
 Основать финансовый траст Назначить доверенное лицо На данном этапе ничего

Насколько вы вовлечены в создание и поддержание этих планов?

	Очень вовлечен (-а)	Вовлечен (-а)	Частично вовлечен (-а)	Не вовлечен (-а)	Не применяется
Обеспечить жилищные условия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Основать финансовый траст	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Назначить опекуна	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Назначить доверенное лицо	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Разрабатываю план в настоящее время	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

По вашему мнению у вас достаточно ресурсов, чтобы реализовать эти планы?

	Да	Нет	Не применяется
Обеспечить жилищные условия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Основать финансовый траст	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Назначить опекуна	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Назначить доверенное лицо	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Разрабатываю план в настоящее время	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Раздел 15

Укажите услуги, о которых вы проинформированы, в которые вовлечены или о которых требуется больше информации:

	Вовлечен (-а)	Проинформирован (-а)	Требуется больше информации
Управление профессиональной реабилитации	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пособия по социальному обеспечению	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другая государственная помощь (талоны на питание, субсидии на жилье и т.д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Раздел 16

Укажите, если указанные проблемы влияют или препятствуют участию вашего ребенка в деятельности общины, например, в спортивных мероприятиях, посещению клубов, кружков или другой организованной деятельности.

	Да	Нет	Не знаю
Эмоциональные проблемы (тревога, депрессия, страх и т.д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Поведенческие проблемы (агрессия, самотравмирующее поведение и т.д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Физические проблемы (доступ, мобильность и т.д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Принимает ли ваш ребенок участие в следующих видах деятельности? Пожалуйста, не забудьте заполнить оба столбца.

	Он принимает участие?		Если да, укажите сколько часов в неделю
	Да	Нет	Часов
Волонтерская работа	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Группы, клубы или организации	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Духовные или религиозные мероприятия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Физические упражнения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Организованные или рекреационные виды спорта	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Хобби или особые интересы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Обязанности по дому	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Социальная деятельность с друзьями	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Другие мероприятия _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Раздел 17

Пожалуйста, выберите ответ, который отражает ваш опыт получения услуг для вашего ребенка.

	Полностью согласен (-а)	Согласен (-а)	Не согласен (-а)	Категорически не согласен (-а)	Не применяется
В целом были препятствия в получении услуг для моего ребенка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Врач моего ребенка и другой медицинский персонал уделяли ему достаточно времени	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Врач моего ребенка и другой медицинский персонал внимательно меня выслушали	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Врач моего ребенка и другой медицинский персонал уважают ценности и обычаи моей семьи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Врач моего ребенка и другой медицинский персонал доступно все объясняют	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Расскажите нам об образовательных и медицинских потребностях вашего ребенка.
Пожалуйста, не забудьте заполнить оба столбца.**

	Мой ребенок получает эту услугу		Вашему ребенку требуется предоставление данной услуги в большем объеме?	
	Да	Нет	Да	Нет
Психиатрическая консультация	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Логопедия/логотерапия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Реабилитация	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Физиотерапия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Тренировка социальных навыков	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Поведенческая поддержка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Индивидуальные занятия (например, занятия с терапевтом, оптимальная сопутствующая терапия, занятия со специалистом по коррекции поведения)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Координация поддержки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мобильная терапия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ведение больного	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по пособиям	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Услуги невролога	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Контроль приема лекарств	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Половое воспитание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по вопросам отношений	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Летний лагерь	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Летняя школа (продленный учебный год)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Профессионально-техническое обучение	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Планирование переходного периода	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Помощь с трудоустройством	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по вопросам карьеры	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Первичная врачебная помощь	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Стоматологическое обслуживание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Пожалуйста, укажите, если вы согласны со следующими заявлениями относительно оказанных услуг: «Профессионалы, оказывающие эту услугу, имеют необходимые навыки для работы с моим ребенком».

	Полностью согласен (-а)	Согласен (-а)	Не согласен (-а)	Категорически не согласен (-а)	Не применяется
Психиатрическая консультация	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Логопедия/логотерапия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Реабилитация	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Физиотерапия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Тренировка социальных навыков	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Поведенческая поддержка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Индивидуальные занятия (например, занятия с терапевтом, оптимальная сопутствующая терапия, занятия со специалистом по коррекции поведения)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Координация поддержки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мобильная терапия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ведение больного	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по пособиям	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Услуги невролога	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Контроль приема лекарств	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Половое воспитание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по вопросам отношений	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Летний лагерь	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Летняя школа (продленный учебный год)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Профессионально-техническое обучение	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Планирование переходного периода	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Помощь с трудоустройством	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по вопросам карьеры	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Первичная врачебная помощь	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Стоматологическое обслуживание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

С какими из следующих препятствий вы столкнулись при попытке получить услуги для вашего ребенка? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Транспортировка | <input type="checkbox"/> У поставщика услуг недостаточно персонала |
| <input type="checkbox"/> Проблемы с планированием визитов | <input type="checkbox"/> Поставщики медицинских услуг в этом районе не принимают людей с аутизмом |
| <input type="checkbox"/> Недостаточно поставщиков услуг в этом районе | <input type="checkbox"/> Ничего из указанного |
| <input type="checkbox"/> Стоимость услуг/моя страховка не покрывает доступные услуги | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> В этом районе нет поставщиков медицинских услуг | |

У вашего ребенка есть доступная система официальной связи? (Например, система общения с помощью обмена карточками/картинками, планшет, устройство генерации речи или другие дополнительные системы коммуникации).

- Да Нет Другое _____

Если да, укажите, где ваш ребенок пользуется такими системами коммуникации. Выберите все подходящие варианты.

- Дома В школе На работе В общине Другое _____

Раздел 18

Как обычно ваш ребенок добирается к месту назначения? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Самостоятельно ведет личный автомобиль | <input type="checkbox"/> В качестве пассажира в личном автомобиле с водителем-добровольцем |
| <input type="checkbox"/> В качестве пассажира в личном автомобиле с родителями или другими членами семьи | <input type="checkbox"/> Транспортировка включена в дневную программу |
| <input type="checkbox"/> В качестве пассажира в личном автомобиле с друзьями | <input type="checkbox"/> Транспортировка обеспечивается групповым домом |
| <input type="checkbox"/> Государственным/муниципальным автобусом или автобусом неприбыльной организации | <input type="checkbox"/> Транспортировка обеспечивается школой / образовательным учреждением |
| <input type="checkbox"/> Такси или другим автомобилем на прокат | <input type="checkbox"/> Поездки с попутчиками (Uber, Lyft) |
| <input type="checkbox"/> Пешком | <input type="checkbox"/> На попутном транспорте (например, ZipCar, Enterprise Car Share) |
| <input type="checkbox"/> На велосипеде | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Общественным транспортом | |

Раздел 19

Вы в составе инициативной группы или группы поддержки?

- Да Нет, но был (-а) Нет, но хотел (-а) бы Нет

Если вы входите или были в составе инициативной группы или группы поддержки, это было лично или онлайн?

- Онлайн Лично Оба варианта

Если вы входите или были в составе инициативной группы или группы поддержки, то почему? Выберите все подходящие варианты.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Дружба/социализация | <input type="checkbox"/> Общие интересы/ опыт | <input type="checkbox"/> По рекомендации |
| <input type="checkbox"/> Обмен ресурсами | <input type="checkbox"/> Чтобы привлечь внимание общественности | <input type="checkbox"/> Чтобы внести изменения |
| | | <input type="checkbox"/> Другое _____ |

Если вы входите или были в составе инициативной группы или группы поддержки, то почему? Выберите все подходящие варианты.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Транспортировка | <input type="checkbox"/> Нехватка времени | <input type="checkbox"/> Денежные затраты / стоимость членства |
| <input type="checkbox"/> Не в моем районе/слишком далеко | <input type="checkbox"/> Не по возрасту / интересам | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Не интересно | <input type="checkbox"/> Не вписываюсь в коллектив | |

Раздел 20

У вашего ребенка есть проблемы в налаживании отношений с...

	Всегда	Иногда	Никогда	Не применяется
Родителем (-ями) или опекуном (-ами)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Братями и сестрами	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Родственниками (бабушки и дедушки, тети, дяди, и т.д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
С другими людьми, которые приходят в дом и ведут себя надлежащим образом	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Пожалуйста, сообщите нам о потребностях вашей семьи в услугах поддержки.

Пожалуйста, не забудьте заполнить оба столбца.

	Ваша семья получает услуги?		Моей семье необходим больший объем услуг	
	Да	Нет	Да	Нет
Уход с целью Уход с целью обслуживающим лицам	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Дневной уход за взрослыми	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование семьи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Группы поддержки для родных сестер/братьев	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Психиатрическая консультация для родных братьев/сестер	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Группы поддержки для родителей	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Психиатрическая консультация для родителей	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Выразите степень своего согласия или несогласия со следующими утверждениями:

«Профессионалы, оказывающие эту услугу, имеют необходимые навыки для работы с моей семьей».

	Полностью согласен (-а)	Согласен (-а)	Не согласен (-а)	Категорически и не согласен (-а)	Не применяется
Уход с целью Уход с целью обслуживающим лицам	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Дневной уход за взрослыми	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование семьи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Группы поддержки для родных сестер/ братьев	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Психиатрическая консультация для родных братьев/сестер	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Группы поддержки для родителей	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Психиатрическая консультация для родителей	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Выразите степень своего согласия или несогласия со следующими утверждениями: «Эти услуги эффективны и удовлетворяют потребности моей семьи».

	Полностью согласен (-а)	Согласен (-а)	Не согласен (-а)	Категорически не согласен (-а)	Не применяется
Kurzzeitpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erwachsene Tagesbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familienberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschwistergruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologische Beratung für Geschwister	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elternunterstützungsgruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologische Beratung für Eltern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

С какими ограничениями или препятствиями вы столкнулись в процессе получения услуг по поддержке семьи? Выберите все подходящие варианты.

- Транспортировка Недостаточно поставщиков Стоимость услуг/моя страховка
 Проблемы с планированием визитов В этом районе нет поставщиков медицинских услуг Стоимость услуг/моя страховка не покрывает доступные услуги
 Ничего из указанного Другое _____

Каким образом аутизм вашего ребенка влияет (если влияет) на возможность вашей семьи работать? Выберите все подходящие варианты.

	<input type="checkbox"/>	Я	Мой партнер <input type="checkbox"/>
Перестал (-а) работать вне дома	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Сократил (-а) рабочие часы	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Увеличил (-а) к-во рабочих часов	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Сменил (-а) работодателя	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Сменил (-а) вид работы	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Сменил (-а) рабочий график	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Сменил (-а) должность у того же работодателя	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Воспользовался (-лась) Законом об отпуске по состоянию здоровья и семейным обстоятельствам	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Упустил (-а) продвижение/ возможность продвижения по службе	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Меня уволили	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Понес (-ла) дисциплинарное взыскание/отстранили от работы	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ничего из указанного	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Другое _____			

Мы хотели бы спросить о вашем участии в вашей общине.

Принимаете ли вы участие в следующих видах деятельности? Пожалуйста, не забудьте заполнить оба столбца.

	Вы принимаете участие?		Если да, то сколько часов в неделю?
	Да	Нет	Часов
Волонтерская работа	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Группы общины/организации	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Духовные или религиозные мероприятия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Физические упражнения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Хобби или особые интересы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Обязанности по дому	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Социальная деятельность с друзьями	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Другая деятельность _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Пожалуйста, сообщите нам, участвовали ли вы в следующих мероприятиях в достаточной мере в течение последних 30 дней, и являются ли эти виды деятельности важными для вас. Пожалуйста, не забудьте заполнить оба столбца.

	Вы принимали участие в этой деятельности?			Это важно для меня	
	Достаточно	Не достаточно	Слишком много	Да	Нет
Визит в библиотеку	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Поход в спортзал, включая бассейн, или участие в спортивном мероприятии (в том числе боулинг, теннис, мини-гольф и т.д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Посещение инициативной группы / организации	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Посещение социальной группы в общине (например, книжного клуба, группы по интересам, других групп или людей со схожими интересами)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Участие в гражданских или политических мероприятиях или организациях	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Спасибо, что заполнили опросник штата Пенсильвания по оценке потребностей, связанных с аутизмом!

