

ĐÁNH GIÁ NHU CẦU PA CỦA CHỨNG BỆNH TỰ KỶ

Cám ơn bạn đã tham gia hoàn tất khảo sát này. Do hầu hết những người trả lời sẽ là cha mẹ / người giám hộ, nên chúng tôi đề cập người mắc chứng bệnh tự kỷ là "con của bạn". Thuật ngữ bệnh tự kỷ được sử dụng có nghĩa là Rối Loạn Phổ Tự Kỷ (ASD). Vui lòng hoàn tất khảo sát này cho trẻ lớn nhất mắc bệnh tự kỷ của bạn. Chỉ đánh dấu một câu trả lời cho mỗi câu hỏi trừ khi được nêu rõ khác. Vui lòng liên hệ ASERT Collaborative tại địa chỉ info@paautism.org or 1-877-231-4244 nếu bạn có câu hỏi thắc mắc.

Phần 1		
Vui lòng tự nhận biết bạn.		
<input type="checkbox"/> Người mẹ	<input type="checkbox"/> Người cha	<input type="checkbox"/> Cha/mẹ nuôi <input type="checkbox"/> Khác
Bạn có phải là người giám hộ hợp pháp của trẻ mắc bệnh tự kỷ không?		
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Câu nào sau đây mô tả đúng nhất tình trạng hôn nhân hiện tại của bạn?		
<input type="checkbox"/> Đã kết hôn/đang sống với cha/mẹ của trẻ	<input type="checkbox"/> Đã kết hôn/đang sống với người khác ngoài cha/mẹ của trẻ <input type="checkbox"/> Góa	<input type="checkbox"/> Chưa bao giờ kết hôn <input type="checkbox"/> Li thân / li dị <input type="checkbox"/> Không thích trả lời
Chủng tộc / sắc tộc của bạn là gì? <u>Chọn tất cả nếu thích hợp.</u>		
<input type="checkbox"/> Người bản xứ Mỹ hoặc người bản xứ Alaska	<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc
<input type="checkbox"/> Người Ấn Độ Châu Á	<input type="checkbox"/> Người Hoa	<input type="checkbox"/> Người bản xứ Hawaii
<input type="checkbox"/> Người Caucasia / Người Mỹ gốc Âu	<input type="checkbox"/> Người Phillipin	<input type="checkbox"/> Người Việt
	<input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Tây Ban Nha hoặc người La-tin	<input type="checkbox"/> Khác _____
	<input type="checkbox"/> Người Nhật	<input type="checkbox"/> Không thích trả lời
Chủng tộc / sắc tộc của con bạn là gì? <u>Chọn tất cả nếu thích hợp.</u>		
<input type="checkbox"/> Người bản xứ Mỹ hoặc người bản xứ Alaska	<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc
<input type="checkbox"/> Người Ấn Độ Châu Á	<input type="checkbox"/> Người Hoa	<input type="checkbox"/> Người bản xứ Hawaii
<input type="checkbox"/> Người Caucasia / Người Mỹ gốc Âu	<input type="checkbox"/> Người Phillipin	<input type="checkbox"/> Người Việt
	<input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Tây Ban Nha hoặc người La-tin	<input type="checkbox"/> Khác _____
	<input type="checkbox"/> Người Nhật	<input type="checkbox"/> Không thích trả lời
Mã zip 5 số của bạn là gì?		
Trình độ học vấn cao nhất của bạn là gì?		
<input type="checkbox"/> Vài năm đi học, nhưng không hoàn tất trung học phổ thông	<input type="checkbox"/> Vài năm cao đẳng	<input type="checkbox"/> Bằng chuyên môn hoặc tiến sĩ trên bằng Thạc sĩ (ví dụ như MD, DDS, DVM, PhD)
<input type="checkbox"/> Tốt nghiệp trung học phổ thông / GED	<input type="checkbox"/> Bằng cử nhân	
<input type="checkbox"/> Trường dạy nghề / kỹ thuật	<input type="checkbox"/> Bằng thạc sĩ	
Con của bạn sinh vào tháng năm nào?		
Tháng sinh (tháng) _____		Năm sinh (năm) _____
Giới tính của con bạn là gì?		
<input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Khác _____
Có phải con của bạn được nhận nuôi không?		
<input type="checkbox"/> Không		
<input type="checkbox"/> Có. Con của bạn bao nhiêu tuổi khi bạn nhận nuôi trẻ? _____		
Con của bạn mắc chứng bệnh tự kỷ có bao nhiêu anh chị em? (Bao gồm anh chị em con riêng, anh chị em cùng cha/mẹ khác mẹ/cha, v.v.)		

Trong số các anh chị em này có bao nhiêu người cũng được chẩn đoán mắc chứng bệnh tự kỷ?

Câu nào sau đây gần đúng nhất với thu nhập hộ gia đình hàng năm của bạn?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> \$0-\$10,000 | <input type="checkbox"/> \$40,001-\$50,000 | <input type="checkbox"/> \$80,001-\$90,000 |
| <input type="checkbox"/> \$10,001-\$20,000 | <input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000 | <input type="checkbox"/> \$90,001-\$100,000 |
| <input type="checkbox"/> \$20,001-\$30,000 | <input type="checkbox"/> \$60,001-\$70,000 | <input type="checkbox"/> \$100,000 + |
| <input type="checkbox"/> \$30,001-\$40,000 | <input type="checkbox"/> \$70,001-\$80,000 | |

Phần 2

So với 12 tháng trước, theo bạn sức khỏe tổng quát của con bạn mắc bệnh tự kỷ là:

- Khá hơn Tệ hơn Không thay đổi

Vui lòng giải thích sự chọn lựa của bạn:

Kể từ lần thăm khám với nha sĩ mới đây nhất của con bạn cách đây khoảng bao lâu rồi? (Bao gồm mọi loại hình chuyên gia nha khoa như bác sĩ chỉnh răng, bác sĩ phẫu thuật răng miệng, và nhân viên vệ sinh răng miệng.)

- Cách đây chưa tới 6 tháng Cách đây từ 6 tháng đến 1 năm Cách đây hơn 1 năm

Kể từ lần thăm khám với bác sĩ mới đây nhất của con bạn để kiểm tra định kỳ cách đây khoảng bao lâu rồi? (Kiểm tra định kỳ là khám kiểm tra sức khỏe tổng quát, không phải khám vì một thương tật, bệnh tật hoặc chứng bệnh cụ thể.)

- Cách đây chưa tới 6 tháng Cách đây từ 6 tháng đến 1 năm Cách đây hơn 1 năm

Người con mắc chứng bệnh tự kỷ của bạn hiện có được kê toa thuốc khác ngoài vitamin không?

- Có Không Không chắc

Nếu có, vui lòng liệt kê các loại thuốc mà hiện được kê toa cho con của bạn.

Phần 3

Việc đánh giá chẩn đoán bệnh tự kỷ cho con của bạn là...

- Rất dễ dàng Khá dễ dàng Hơi khó Rất khó Không thích hợp

Nếu "Hơi khó" hoặc "Rất khó", điều gì khiến việc đánh giá khó khăn?

Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tìm bác sĩ / chuyên gia | <input type="checkbox"/> Bao trả bảo hiểm y tế | <input type="checkbox"/> Thiếu chăm sóc sức khỏe cho trẻ |
| <input type="checkbox"/> Phương tiện đi lại | <input type="checkbox"/> Vấn đề về xếp lịch | <input type="checkbox"/> Rào cản ngôn ngữ / thiếu biên dịch |
| <input type="checkbox"/> Có giấy giới thiệu | <input type="checkbox"/> Chi phí / khoản đồng thanh toán | |
| <input type="checkbox"/> Trách nhiệm giám hộ | <input type="checkbox"/> Thời gian đợi lâu | <input type="checkbox"/> Khác |

Con của bạn có nhận được bất kỳ chẩn đoán nào sau đây trước khi được chẩn đoán bệnh tự kỷ không? **Chọn tất cả nếu thích hợp.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rối loạn lo lắng | <input type="checkbox"/> Khuyết tật trí tuệ (trước đây được biết là Chậm phát triển tâm thần) |
| <input type="checkbox"/> Thiếu chú ý / Rối loạn tăng động (ADHD) | <input type="checkbox"/> Rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD) |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn lưỡng cực | <input type="checkbox"/> Rối loạn thách thức chống đối (ODD) |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn xử lý thính giác trung tâm (CAPD) | <input type="checkbox"/> Tâm thần phân liệt hoặc rối loạn tâm thần khác |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn cư xử (CD) | <input type="checkbox"/> Co giật / Rối loạn co giật / Động kinh |
| <input type="checkbox"/> Trầm cảm | <input type="checkbox"/> Rối loạn tổng hợp giác quan |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chậm phát triển | <input type="checkbox"/> Rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD) |
| <input type="checkbox"/> Suy giảm thính giác | <input type="checkbox"/> Rối loạn sử dụng chất |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn tích trữ | <input type="checkbox"/> Không |
| <input type="checkbox"/> Khuyết tật học tập | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

Người con mắc bệnh tự kỷ của bạn hiện có bất kỳ chẩn đoán nào sau đây không? Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rối loạn lo lắng | <input type="checkbox"/> Khuyết tật trí tuệ (<i>trước đây được biết là Chậm phát triển tâm thần</i>) |
| <input type="checkbox"/> Thiếu chú ý / Rối loạn tăng động (ADHD) | <input type="checkbox"/> Rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD) |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn lưỡng cực | <input type="checkbox"/> Rối loạn thách thức chống đối (ODD) |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn xử lý thính giác trung tâm (CAPD) | <input type="checkbox"/> Tâm thần phân liệt hoặc rối loạn tâm thần khác |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn cư xử (CD) | <input type="checkbox"/> Co giật / Rối loạn co giật / Động kinh |
| <input type="checkbox"/> Trầm cảm | <input type="checkbox"/> Rối loạn tổng hợp giác quan |
| <input type="checkbox"/> Chậm phát triển | <input type="checkbox"/> Rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD) |
| <input type="checkbox"/> Suy giảm thính giác | <input type="checkbox"/> Rối loạn sử dụng chất |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn tích trữ | <input type="checkbox"/> Không |
| <input type="checkbox"/> Khuyết tật học tập | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

Chuyên gia nào chẩn đoán đầu tiên cho người con mắc bệnh tự kỷ của bạn? Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bác sĩ khoa nhi phát triển | <input type="checkbox"/> Bác sĩ chăm sóc chính | <input type="checkbox"/> Không chắc |
| <input type="checkbox"/> Bác sĩ chuyên khoa thần kinh | (bác sĩ gia đình / bác sĩ nhi khoa) | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Bác sĩ chuyên khoa tâm thần | <input type="checkbox"/> Nhà tâm lý học | |

Con của bạn bao nhiêu tuổi khi trẻ được chẩn đoán mắc chứng bệnh tự kỷ?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuổi _____ | <input type="checkbox"/> Không chắc |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

Sau khi được chẩn đoán mắc bệnh tự kỷ, bạn nhận được hình thức theo dõi và nguồn thông tin/dịch vụ nào? Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuộc hẹn thăm khám theo dõi | <input type="checkbox"/> Giới thiệu đến trang web, tài liệu (ví dụ như tờ rơi, tập sách thông tin) |
| <input type="checkbox"/> Giới thiệu đến một chuyên gia để đánh giá thêm | <input type="checkbox"/> Không |
| <input type="checkbox"/> Giới thiệu đến một chuyên gia để điều trị | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Giới thiệu đến các dịch vụ Can Thiệp Sớm | |
| <input type="checkbox"/> Giới thiệu đến nhóm hỗ trợ | |

Con của bạn có sử dụng các dịch vụ Can Thiệp Sớm không?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Có. Dịch vụ bắt đầu vào độ tuổi nào? _____ | <input type="checkbox"/> Không chắc |
| <input type="checkbox"/> Không | |

Con của bạn có bất kỳ kế hoạch nào sau đây không? Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kế Hoạch Dịch Vụ Gia Đình Cá Nhân (IFSP) | <input type="checkbox"/> Kế Hoạch Hỗ Trợ Cá Nhân (ISP) |
| <input type="checkbox"/> Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân (IEP) | <input type="checkbox"/> Không |
| <input type="checkbox"/> Kế hoạch 504 | <input type="checkbox"/> Không chắc |

Nếu con của bạn có Kế Hoạch Dịch Vụ Gia Đình Cá Nhân (IFSP), vui lòng trả lời câu hỏi sau đây. Xin đừng quên điền đầy đủ vào tất cả ba cột.

	Bạn có hài lòng với việc kế hoạch này đáp ứng mọi nhu cầu của con bạn không?		Bạn có tham dự buổi họp IFSP gần đây nhất không?		Thông tin của bạn có được bao gồm trong kế hoạch này không?	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không
Kế Hoạch Dịch Vụ Gia Đình Cá Nhân (IFSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu con của bạn có Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân (IEP), vui lòng trả lời câu hỏi sau đây. Xin đừng quên điền đầy đủ vào tất cả ba cột.

	Bạn có hài lòng với việc kế hoạch này đáp ứng mọi nhu cầu của con bạn không?		Bạn có tham dự buổi họp IEP gần đây nhất không?		Thông tin của bạn có được bao gồm trong kế hoạch này không?	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không
Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu con của bạn có Kế Hoạch 504, vui lòng trả lời câu hỏi sau đây. Xin đừng quên điền đầy đủ vào tất cả ba cột.

	Bạn có hài lòng với việc kế hoạch này đáp ứng mọi nhu cầu của con bạn không?		Bạn có tham dự buổi họp kế hoạch 504 gần đây nhất không?		Thông tin của bạn có được bao gồm trong kế hoạch này không?	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không
Kế hoạch 504	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu con của bạn có Kế Hoạch Hỗ Trợ Cá Nhân (ISP), vui lòng trả lời câu hỏi sau đây. Xin đừng quên điền đầy đủ vào tất cả ba cột.

	Bạn có hài lòng với việc kế hoạch này đáp ứng mọi nhu cầu của con bạn không?		Bạn có tham dự buổi họp ISP gần đây nhất không?		Thông tin của bạn có được bao gồm trong kế hoạch này không?	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không
Kế Hoạch Hỗ Trợ Cá Nhân (ISP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Phần 4

Con của bạn hiện có được bao trả bởi bất kỳ loại bảo hiểm y tế nào sau đây không? Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm y tế tư nhân mà bạn hoặc thành viên gia đình nhận được thông qua việc làm | <input type="checkbox"/> Phúc lợi cựu chiến binh hoặc TRICARE |
| <input type="checkbox"/> Bảo hiểm y tế tư nhân mà bạn hoặc thành viên gia đình mua (không thông qua việc làm) | <input type="checkbox"/> Bảo hiểm nha khoa |
| <input type="checkbox"/> Medicaid (Medical Assistance), CHIP, hoặc Medicare | <input type="checkbox"/> Bảo hiểm thị giác |
| | <input type="checkbox"/> Bảo hiểm bao trả thuốc kê toa |
| | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

Con của bạn hiện có đăng ký tham gia Hỗ Trợ Y Tế hoặc Medicaid không?

- Có Không Không chắc

Con của bạn hiện có đăng ký tham gia bất kỳ Chương Trình Hỗ Trợ Y Tế hoặc Medicaid nào sau đây không?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Khước từ bệnh tự kỷ ở người lớn | <input type="checkbox"/> Khước từ hợp nhất | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Chương Trình Bệnh Tự Kỷ Trong Cộng Đồng Người Lớn (ACAP) | <input type="checkbox"/> Khước từ P/FDS | <input type="checkbox"/> Không điều nào nói trên |
| | <input type="checkbox"/> Khước từ OBRA | |

Con của bạn hiện có trong Danh sách đợi hoặc Danh sách quan tâm không?

- Danh sách đợi đối với các chương trình dành cho cá nhân mắc khuyết tật trí tuệ (P/FDS hoặc Khuyết từ hợp nhất)
- Danh sách quan tâm thông qua Phòng Dịch Vụ Bệnh Tự Kỷ (BAS - Khuyết Từ Bệnh Tự Kỷ Ở Người Lớn hoặc ACAP)
- Cả hai
- Không điều nào
- Không chắc

Phần 5**Con của bạn có từng sử dụng các loại thuốc khác ngoài những loại được yêu cầu vì lý do y tế (trừ vitamin) không?**

- Có Không Không chắc Không thích trả lời

Con của bạn có từng sử dụng quá liều thuốc (kê toa hoặc bất hợp pháp) không?

- Có Không Không chắc Không thích trả lời

Phần 6**Trong năm qua, bạn có đưa trẻ đến phòng cấp cứu vì lý do hành vi hoặc tâm thần không?**

- Có, _____ lần Không Không thích trả lời

Trong năm qua, con của bạn có vào viện hoặc môi trường tương tự như bệnh viện vì lý do hành vi hoặc tâm thần không?

- Có, _____ lần Không Không thích trả lời

VUI LÒNG TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI SAU ĐÂY DỰA TRÊN LẦN VÀO VIỆN HOẶC MÔI TRƯỜNG TƯƠNG TỰ NHƯ BỆNH VIỆN GẦN ĐÂY NHẤT CỦA CON BẠN.**Con của bạn vào bệnh viện hoặc môi trường tương tự như bệnh viện vì những/lý do gì?****Chọn tất cả nếu thích hợp.**

- Hung hăng Trầm cảm Âm ảnh tăng đáng kể
- Lo lắng Chạy hoặc trốn khỏi nhà
- Hành vi ngang ngạnh / / trường học Khác _____
- Chống đối Hành vi tự làm thương tổn Không chắc

Mức độ hài lòng hoặc không hài lòng của bạn đối với những khía cạnh sau đây của lần nằm viện của con bạn như thế nào?

	Rất hài lòng	Hài lòng	Không hài lòng	Rất không hài lòng
Chất lượng điều trị	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kế hoạch xuất viện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Việc bao gồm (cha) mẹ vào kế hoạch điều trị của nhân viên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Con của bạn được đưa vào viện như thế nào?

- Con của tôi (dưới 14 tuổi) được đưa vào viện bởi (cha) mẹ của trẻ
- Người con ở độ tuổi thanh thiếu niên (14 đến 18 tuổi) của tôi được đưa vào viện bởi (cha) mẹ của em ấy và đồng ý vào viện
- Người con ở độ tuổi thanh thiếu niên (14 đến 18 tuổi) của tôi được đưa vào viện bởi (cha) mẹ của em ấy nhưng không đồng ý vào viện
- Người con trưởng thành (trên 18 tuổi) của tôi tự vào viện (201, tình nguyện điều trị)
- Người con trưởng thành (trên 18 tuổi) của tôi được đưa vào viện trái ý muốn của họ (302, tình nguyện không điều trị)
- Không thích trả lời

Con của bạn nằm viện hoặc môi trường tương tự như bệnh viện trong bao lâu?

- Dưới 24 giờ 24-48 giờ Trên 2 ngày, vui lòng cho chúng tôi biết bao lâu

Đây có phải là lần vào viện hoặc môi trường tương tự bệnh viện đầu tiên của trẻ vì lý do hành vi hay tâm thần không?

Có Không Không chắc

Vui lòng bổ sung thêm bất kỳ chi tiết nào về lần nằm viện gần đây nhất của con bạn vì lý do hành vi hoặc tâm thần.

Phần 7

Hành vi của con bạn có từng dẫn đến bất kỳ tương tác nào sau đây với cảnh sát / hệ thống tư pháp không? **Chọn tất cả nếu thích hợp.**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cảnh sát gọi điện | <input type="checkbox"/> Ở tù |
| <input type="checkbox"/> Bị cảnh sát chặn và chất vấn về một điều khác ngoài vi phạm giao thông | <input type="checkbox"/> Bị phạt vì tội nhẹ hoặc trọng tội |
| <input type="checkbox"/> Cảnh cáo từ cảnh sát (khác ngoài vi phạm giao thông) | <input type="checkbox"/> Bị quản chế hoặc tạm tha |
| <input type="checkbox"/> Nhận trát hầu tòa | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Bị cảnh sát bắt giữ | <input type="checkbox"/> Không |
| | <input type="checkbox"/> Không thích trả lời |

Con của bạn có từng là nạn nhân của tội phạm không?

Có Không Không thích trả lời

Nếu bạn cảm thấy thoải mái, xin hãy chia sẻ thêm thông tin về trải nghiệm của con bạn với cảnh sát hoặc nhân viên hệ thống tư pháp khác hoặc là nạn nhân của tội phạm.

Phần 8

NẾU BẠN LÀ CHA/MẸ NUÔI CỦA NGƯỜI MẮC CHỨNG BỆNH TỰ KỶ, VUI LÒNG TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI SAU ĐÂY. NẾU KHÔNG, VUI LÒNG BỎ QUA ĐẾN PHẦN 9.

Vào năm ngoái, bạn có được hỗ trợ, đào tạo hoặc nhận nguồn tài nguyên cho vai trò và trách nhiệm của bạn với tư cách là cha/mẹ nuôi không?

Có Không

Nếu có, vui lòng nêu rõ người đã hỗ trợ, đào tạo hoặc nguồn tài nguyên, và bạn có cho rằng chương trình đào tạo chuẩn bị cho bạn về vai trò và trách nhiệm không. **Xin đừng quên điền đầy đủ vào tất cả ba cột.**

	Bạn có được đào tạo, hỗ trợ, hoặc nguồn tài nguyên từ cơ quan này không?		Bạn có cảm thấy được chuẩn bị sau chương trình đào tạo này không?			Chương trình đào tạo này có dành cho bệnh tự kỷ không?		
	Có	Không	Có	Không	Không thích hợp	Có	Không	Không thích hợp
Cơ quan trẻ em và thanh niên của quận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Từ trường học của trẻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cơ quan chăm sóc thay thế tư nhân, vui lòng nêu rõ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khác _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây về trải nghiệm chăm sóc thay thế của bạn.				
	Gần như không bao giờ / chưa bao giờ	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn / gần như luôn luôn
Bạn có được bao gồm như là một phần trong nhóm điều trị cho con của bạn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bạn có được bao gồm trong các cuộc họp khác về việc chăm sóc cho con của bạn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bạn có được trợ giúp khi bạn đề nghị không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phần 9				
Trong năm qua, con của bạn có được đưa vào cơ sở cư ngụ không?				
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không, nhưng hiện có trong danh sách đợi <input type="checkbox"/> Không, và không có trong danh sách đợi <input type="checkbox"/> Không thích trả lời				
NẾU CON CỦA BẠN ĐƯỢC ĐƯA VÀO CƠ SỞ CƯ NGỰ, VUI LÒNG TRẢ LỜI NHỮNG CÂU HỎI SAU ĐÂY. NẾU KHÔNG, VUI LÒNG BỎ QUA ĐẾN PHẦN 10.				
Cơ sở cư ngụ này cách nhà của bạn khoảng bao nhiêu dặm?				
<input type="checkbox"/> 0-20 dặm <input type="checkbox"/> 21-40 dặm <input type="checkbox"/> 41-60 dặm <input type="checkbox"/> 61-80 dặm <input type="checkbox"/> 81-100 dặm <input type="checkbox"/> Trên 100 dặm <input type="checkbox"/> Không chắc				
Tại sao con của bạn được đưa vào cơ sở cư ngụ? <i>Chọn tất cả nếu thích hợp.</i>				
<input type="checkbox"/> Hung hăng <input type="checkbox"/> Lo lắng <input type="checkbox"/> Hành vi ngang ngạnh / Chống đối <input type="checkbox"/> Trầm cảm <input type="checkbox"/> Chạy khỏi nhà / trường học <input type="checkbox"/> Hành vi tự làm thương tổn <input type="checkbox"/> Âm ảnh <input type="checkbox"/> Khác				
Con của bạn ở cơ sở điều trị cư ngụ trong bao lâu?				
<input type="checkbox"/> Dưới một tuần <input type="checkbox"/> 1 – 4 tuần <input type="checkbox"/> Trên 4 tuần				
Mức độ hài lòng hoặc không hài lòng của bạn đối với những khía cạnh sau đây của việc ở trong cơ sở cư ngụ của trẻ như thế nào?				
	Rất hài lòng	Hài lòng	Không hài lòng	Rất không hài lòng
Chất lượng điều trị	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kế hoạch xuất viện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Việc bao gồm (cha) mẹ vào kế hoạch điều trị của nhân viên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thông tin về các dịch vụ trong cộng đồng (giải trí, thể thao, cơ hội tình nguyện, hoặc khác) có được bao gồm trong kế hoạch xuất viện của bạn không?				
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không chắc				
Kế hoạch điều trị / xuất viện có được viết một cách dễ hiểu không?				
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				

Phần 10

Con của bạn có khả năng thực hiện những hoạt động sau đây không?

	Tự lập	Có trợ giúp	Không có khả năng	Không thích hợp
Đi vệ sinh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tự ăn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tự mặc áo quần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yêu cầu những thứ mà trẻ cần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yêu cầu những thứ mà trẻ muốn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cho biết khi trẻ bệnh/bị đau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nấu ăn/chuẩn bị bữa ăn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quản lý tiền bạc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đi lanh quanh bằng cách lái xe / phương tiện công cộng/xe đạp / đi bộ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Con của bạn hiện có nhận các dịch vụ hoặc hỗ trợ khác cho bất kỳ điều nào sau đây không?

Chọn tất cả nếu thích hợp.

- Hành vi tự làm thương tổn Hành vi hung hăng Không
 Vấn đề về ngủ Chạy trốn
 Lo lắng Đi vệ sinh

Con của bạn hiện có nhận Dịch Vụ Phục Hồi Sức Khỏe Hành Vi (BHRS hoặc "bao bọc") không?

- Có, ở trường Không, nhưng đã hoàn tất đánh giá, kế hoạch phát triển
 Có, ở nhà / cộng đồng Không
 Có, cả ở trường và ở nhà / cộng đồng Không chắc
 Không, nhưng đang đợi đánh giá Không chắc

Nếu có, mức độ hài lòng của bạn với việc hỗ trợ mà bạn nhận được từ nhóm điều trị như thế nào?

- Rất hài lòng Hài lòng Không hài lòng Rất không hài lòng

Phần 11

Con của bạn hiện có đang làm việc không? Vui lòng chỉ bao gồm những vị trí được trả lương.

- Có, làm việc toàn thời gian (35 giờ một tuần hoặc hơn) Không, nhưng hiện đang kiếm việc làm
 Có, làm việc bán thời gian (dưới 35 giờ một tuần) Không, trẻ đã nghỉ
 Không nghỉ và không đang kiếm việc làm

Nếu có, con của bạn có loại công việc nào?

- Văn phòng / Hỗ trợ hành chính Chuẩn bị thức ăn / phục vụ Sản xuất / chế tạo
 Vị trí bán hàng (bao gồm bán lẻ) Vận chuyển / xử lý vật tư Khác _____

Con của bạn hiện hoặc trước đây có nhận được các dịch vụ thông qua Văn Phòng Phục Hồi Nghề Nghiệp (OVR) không?

- Có Không Không chắc Không thích trả lời

Theo bạn thì con của bạn cần loại hỗ trợ nào để tìm và giữ việc làm? Chọn tất cả nếu thích hợp.

- Cơ hội giúp tìm việc làm Hỗ trợ liên tục
 Hỗ trợ với đơn xin và phỏng vấn Sẽ không cần bất kỳ hỗ trợ nào
 Hỗ trợ khi vấn đề hoặc tình huống mới phát sinh Khác _____
 Hỗ trợ ngắn hạn

Phần 12

Điều kiện sống hiện tại của con bạn như thế nào?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Với cha/mẹ hoặc người thân khác trong nhà của gia đình | <input type="checkbox"/> Tự trang trải cuộc sống với sự hỗ trợ (tiền thuê nhà hoặc sở hữu) |
| <input type="checkbox"/> Trong cơ sở cư ngụ (bao gồm bệnh viện tiểu bang hoặc trung tâm tiểu bang) | <input type="checkbox"/> Tự trang trải cuộc sống không có sự hỗ trợ (tiền thuê nhà hoặc sở hữu) |
| <input type="checkbox"/> Trong nhà tập thể | <input type="checkbox"/> Vô gia cư |
| <input type="checkbox"/> Với bạn cùng phòng / vợ/chồng (tiền thuê nhà hoặc sở hữu) | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

Con của bạn sống trong điều kiện hiện tại này bao lâu rồi?

- Cả đời của trẻ Dưới 1 năm 1-2 năm 3-5 năm Trên 5 năm

Mức độ hài lòng của bạn với việc thu xếp cuộc sống hiện tại của con bạn như thế nào?

- Rất hài lòng Hài lòng Không hài lòng Rất không hài lòng

Con của bạn gặp khó khăn như thế nào khi vứt bỏ những thứ cho dù trẻ không còn sử dụng?

- Rất khó Hơi khó Hoàn toàn không khó

Đồng lõa nộn trong khu vực của trẻ thường xuyên làm cản trở hoạt động hàng ngày của trẻ như thế nào? (Ví dụ như không thể tìm thấy đồ chơi, tài liệu học tập, hoặc đồ dùng cá nhân khác, hoặc vấn đề khi đi lại trong không gian của trẻ.)

- Luôn luôn Hầu hết thời gian thỉnh thoảng Không bao giờ

Phần 13

Con của bạn hiện có đang đi học không?

- Có Không

Nếu có, trẻ hiện đi học ở đâu?

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nhà trẻ | <input type="checkbox"/> Trung học phổ thông | <input type="checkbox"/> Đào tạo nghề |
| <input type="checkbox"/> Mẫu giáo | <input type="checkbox"/> Cao đẳng hai năm | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Trường tiểu học | <input type="checkbox"/> Đại học bốn năm | |
| <input type="checkbox"/> Trung học cơ sở | <input type="checkbox"/> Cao học | |

Nếu không, trình độ học vấn cao nhất của trẻ là gì?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chưa hoàn tất việc học | <input type="checkbox"/> Trường dạy nghề / kỹ thuật | <input type="checkbox"/> Bằng chuyên môn hoặc tiến sĩ trên bằng Thạc sĩ (ví dụ như MD, DDS, DVM, PhD) |
| <input type="checkbox"/> Vài năm đi học, nhưng không hoàn tất trung học phổ thông | <input type="checkbox"/> Vài năm cao đẳng | |
| <input type="checkbox"/> Tốt nghiệp trung học phổ thông / GED hoặc bằng cấp khác | <input type="checkbox"/> Bằng cao đẳng | |
| | <input type="checkbox"/> Bằng cử nhân | |
| | <input type="checkbox"/> Bằng thạc sĩ | |

NẾU CON CỦA BẠN HIỆN ĐANG ĐI HỌC, VUI LÒNG TRẢ LỜI CÂU HỎI SAU ĐÂY. NẾU KHÔNG, VUI LÒNG BỎ QUA ĐẾN PHẦN 14.

Trong năm qua, con của bạn có bị phạt ở trường dưới bất kỳ hình thức nào sau đây không?

Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Phòng tạm nghỉ / vắng mặt | <input type="checkbox"/> Cấm túc | <input type="checkbox"/> Đuổi học |
| | <input type="checkbox"/> Đình chỉ những vấn đề tham gia học tập trong trường | <input type="checkbox"/> Không điều nào nói trên |
| <input type="checkbox"/> Đuổi ra khỏi lớp | <input type="checkbox"/> Đình chỉ không được tham gia học tập trong trường | |

Con của bạn hiện được xếp vào nhóm giáo dục đặc biệt nào? Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hỗ trợ trẻ mắc chứng tự kỷ | <input type="checkbox"/> Nhiều khuyết tật |
| <input type="checkbox"/> Hỗ trợ cảm xúc | <input type="checkbox"/> Không (Con của tôi không nhận dịch vụ giáo dục đặc biệt) |
| <input type="checkbox"/> Khuyết tật học tập | <input type="checkbox"/> Không chắc |
| <input type="checkbox"/> Khuyết tật trí tuệ (trước đây gọi là Chậm Phát triển trí tuệ) | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

Phần 14

**Bạn có kế hoạch lâu dài nào cho con của bạn khi bạn không còn có thể chăm sóc cho trẻ nữa?
Chọn tất cả nếu thích hợp.**

- Kế hoạch thu xếp chỗ ở Quyền giám hộ được chỉ định Kế hoạch hiện đang phát triển
 Thiết lập ủy thác tài chính Ủy quyền được chỉ định Không điều nào vào lúc này

Mức độ quan ngại của bạn về việc lập và duy trì những kế hoạch này như thế nào?

	Rất quan ngại	Quan ngại	Hơi quan ngại	Không quan ngại	Không thích hợp
Kế hoạch thu xếp chỗ ở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thiết lập ủy thác tài chính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quyền giám hộ được chỉ định	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ủy quyền được chỉ định	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kế hoạch hiện đang phát triển	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bạn có cho rằng bạn có nguồn tài nguyên để chuẩn bị thích hợp cho những kế hoạch này không?

	Có	Không	Không thích hợp
Kế hoạch thu xếp chỗ ở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thiết lập ủy thác tài chính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quyền giám hộ được chỉ định	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ủy quyền được chỉ định	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kế hoạch hiện đang phát triển	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Phần 15

Vui lòng kiểm tra các dịch vụ sau đây mà bạn biết, tham gia, hoặc cần thêm thông tin cho con của bạn"

	Tham gia	Biết	Cần thêm thông tin
Văn phòng khôi phục nghề nghiệp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phúc lợi An Sinh Xã Hội	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hỗ trợ chính phủ khác (tem phiếu thực phẩm, chỗ ở được trợ cấp, v.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Phần 16

Vui lòng cho biết những thử thách sau đây có cản trở hoặc ngăn cản con bạn tham gia các hoạt động trong cộng đồng như thể thao, câu lạc bộ, sở thích, hoặc các hoạt động có tổ chức khác không.

	Có	Không	Không chắc
Thách thức về cảm xúc (lo âu, trầm cảm, sợ hãi, v.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thách thức về hành vi (hung hăng, hành vi tự làm thương tổn, v.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thách thức về thể chất (tiếp cận, vận động, v.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Con của bạn có tham gia những hoạt động sau đây không? **Xin đừng quên điền đầy đủ cả hai cột.**

	Trẻ có tham gia không?		Nếu có, vui lòng cho biết trẻ tham gia bao nhiêu giờ một tuần
	Có	Không	Giờ
Công việc tình nguyện viên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nhóm, câu lạc bộ hoặc tổ chức	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hoạt động tôn giáo hoặc tinh thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tập thể dục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Các môn thể thao có tổ chức hoặc giải trí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sở thích hoặc mối quan tâm đặc biệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Công việc nhà vặt / nhiệm vụ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hoạt động xã hội với bạn bè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Các hoạt động khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Phần 17

Vui lòng chọn câu trả lời phản ánh trải nghiệm của bạn khi nhận các dịch vụ cho con của bạn.

	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không thích hợp
Nói chung, tôi trải qua nhiều rào cản khi nhận các dịch vụ cho con của tôi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của con tôi dành đủ thời gian cho trẻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của con tôi lắng nghe tôi cẩn thận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của con tôi nhạy với giá trị và phong tục của gia đình tôi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của con tôi giải thích mọi việc một cách dễ hiểu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vui lòng cho chúng tôi biết về nhu cầu dịch vụ y tế và giáo dục của con bạn. <i>Xin đừng quên điền đầy đủ cả hai cột.</i>					
	Con của tôi đang nhận dịch vụ này		Con của bạn có cần thêm về dịch vụ này không?		
	Có	Không	Có	Không	
Tư vấn sức khỏe tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liệu pháp lời nói / ngôn ngữ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liệu pháp hướng nghiệp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vật lý trị liệu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Đào tạo kỹ năng xã hội	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hỗ trợ hành vi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hỗ trợ từng người (ví dụ như TSS, BSC, Chuyên gia hành vi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Điều phối hỗ trợ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liệu pháp vận động	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quản lý trường hợp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tư vấn về phúc lợi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dịch vụ thần kinh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quản lý thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Giáo dục về sức khỏe giới tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tư vấn về mối quan hệ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trại hè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trường học mùa hè (ESY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Đào tạo nghề	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lập kế hoạch chuyển tiếp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Việc làm được hỗ trợ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tư vấn nghề nghiệp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chăm sóc sức khỏe chính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chăm sóc răng miệng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vui lòng cho chúng tôi biết bạn có đồng ý với câu sau đây về các dịch vụ sau đây: "Chuyên gia cung cấp dịch vụ này có các kỹ năng cần thiết để làm việc với con của tôi."

	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không thích hợp
Tư vấn sức khỏe tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liệu pháp lời nói / ngôn ngữ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liệu pháp hướng nghiệp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vật lý trị liệu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đào tạo kỹ năng xã hội	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hỗ trợ hành vi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hỗ trợ từng người (ví dụ như TSS, BSC, Chuyên gia hành vi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Điều phối hỗ trợ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liệu pháp vận động	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quản lý trường học	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tư vấn về phúc lợi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dịch vụ thần kinh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quản lý thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giáo dục về sức khỏe giới tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tư vấn về mối quan hệ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trại hè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trường học mùa hè (ESY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đào tạo nghề	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lập kế hoạch chuyển tiếp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Việc làm được hỗ trợ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tư vấn nghề nghiệp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chăm sóc sức khỏe chính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chăm sóc răng miệng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bạn trải qua những rào cản nào sau đây khi cố gắng có các dịch vụ cho con của bạn?

Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Phương tiện đi lại | <input type="checkbox"/> Nhà cung cấp không có đủ nhân viên |
| <input type="checkbox"/> Vấn đề về xếp lịch | <input type="checkbox"/> Nhà cung cấp trong khu vực không thăm khám cho những người mắc bệnh tự kỷ |
| <input type="checkbox"/> Không có đủ nhà cung cấp dịch vụ trong khu vực | <input type="checkbox"/> Không |
| <input type="checkbox"/> Chi phí dịch vụ / Bảo hiểm của tôi không bao trả cho các dịch vụ có sẵn | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Không có nhà cung cấp dịch vụ trong khu vực | |

Con của bạn có một hệ thống liên lạc chính thức không? (Ví dụ như Hệ Thống Trao Đổi Ngôn Ngữ Bằng Hình Ảnh (PECS), máy tính bảng, thiết bị phát ra lời nói, hoặc hệ thống liên lạc tăng cường khác.)

- Có Không Khác _____

Nếu có, vui lòng chọn những môi trường mà con của bạn sử dụng hệ thống giao tiếp của mình.

Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nhà | <input type="checkbox"/> Trường học | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Hãng làm | <input type="checkbox"/> Trong cộng đồng | |

Phần 18

Về phương tiện đi lại, con của bạn thường đến nơi cần đến bằng gì? Chọn tất cả nếu phù hợp.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tự lái xe đến nơi chăm sóc cá nhân | <input type="checkbox"/> Sử dụng xe tự nhân với người lái xe tình nguyện |
| <input type="checkbox"/> Sử dụng xe tự nhân với cha mẹ hoặc thành viên gia đình khác | <input type="checkbox"/> Phương tiện công cộng |
| <input type="checkbox"/> Sử dụng xe tự nhân với bạn bè | <input type="checkbox"/> Phương tiện đi lại được chương trình ban ngày cung cấp |
| <input type="checkbox"/> Xe buýt / xe tải do quận, thành phố hoặc tổ chức phi lợi nhuận vận hành | <input type="checkbox"/> Phương tiện đi lại được nhà tập thể cung cấp |
| <input type="checkbox"/> Taxi hoặc xe thuê khác | <input type="checkbox"/> Phương tiện đi lại do nhà trường / tổ chức giáo dục cung cấp |
| <input type="checkbox"/> Đi bộ | <input type="checkbox"/> Đi chung xe (Uber, Lyft) |
| <input type="checkbox"/> Đi xe đạp | <input type="checkbox"/> Đi chung xe hơi (Ví dụ như ZipCar, Enterprise Car Share) |
| | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

Phần 19

Bạn có phải là một phần trong nhóm hỗ trợ hoặc nhóm ủng hộ không?

- Có Không, nhưng đã từng là một phần Không, nhưng muốn là một phần Không

Nếu bạn đã hoặc hiện là một phần trong nhóm hỗ trợ hoặc nhóm ủng hộ, đó là trực tuyến hay trực tiếp?

- Trực tuyến Trực tiếp Cả hai

Nếu bạn hiện hoặc đã tham gia nhóm hỗ trợ hoặc ủng hộ, tại sao bạn là một phần trong nhóm này? Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tình bạn / Hòa nhập xã hội | <input type="checkbox"/> Mối quan tâm / Trải nghiệm tương tự | <input type="checkbox"/> Được giới thiệu |
| <input type="checkbox"/> Chia sẻ nguồn thông tin | <input type="checkbox"/> Nâng cao ý thức | <input type="checkbox"/> Thực hiện thay đổi |
| | | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

Nếu bạn không hoặc không từng tham gia nhóm hỗ trợ hoặc ủng hộ, vui lòng chọn lý do tại sao bạn không tham gia nhóm hỗ trợ hoặc ủng hộ. Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Phương tiện đi lại | <input type="checkbox"/> Không đủ thời gian | <input type="checkbox"/> Tốn tiền / phí thành viên |
| <input type="checkbox"/> Không có trong khu vực của tôi / quá xa | <input type="checkbox"/> Không thích hợp với độ tuổi / quan tâm | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Không quan tâm | <input type="checkbox"/> Cảm thấy bị loại trừ / Không phù hợp | |

Phần 20					
Con của bạn có vấn đề hòa hợp với...					
	Luôn luôn	Thỉnh thoảng	Không bao giờ	Không thích hợp	
Cha/mẹ hoặc (những) người chăm sóc khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anh chị em	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thành viên gia đình mở rộng (ông bà, cô dì, chú bác, v.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Với những người khác đến nhà, và sử dụng hành vi thích hợp với xã hội	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vui lòng cho chúng tôi biết về nhu cầu dịch vụ hỗ trợ gia đình của bạn. <u>Xin đừng quên điền đầy đủ cả hai cột.</u>					
	Gia đình của bạn có đang nhận không?		Gia đình của tôi cần nhiều hơn dịch vụ này		
	Có	Không	Có	Không	
Chăm sóc thay thế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chăm sóc ban ngày dành cho người lớn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tư vấn gia đình	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nhóm hỗ trợ anh chị em ruột	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tư vấn sức khỏe tâm thần dành cho anh chị em ruột	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nhóm hỗ trợ cha mẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tư vấn sức khỏe tâm thần dành cho cha mẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mức độ đồng ý hay không đồng ý của bạn với câu sau đây như thế nào: "Các chuyên gia cung cấp dịch vụ này có các kỹ năng cần thiết để làm việc với gia đình của tôi."					
	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không thích hợp
Chăm sóc thay thế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chăm sóc ban ngày dành cho người lớn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tư vấn gia đình	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nhóm hỗ trợ anh chị em ruột	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tư vấn sức khỏe tâm thần dành cho anh chị em ruột	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nhóm hỗ trợ cha mẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tư vấn sức khỏe tâm thần dành cho cha mẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mức độ đồng ý hay không đồng ý của bạn với câu sau đây như thế nào: "Dịch vụ này có hiệu quả trong việc đáp ứng nhu cầu của gia đình tôi."

	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không thích hợp
Chăm sóc thay thế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chăm sóc ban ngày dành cho người lớn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tư vấn gia đình	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nhóm hỗ trợ anh chị em ruột	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tư vấn sức khỏe tâm thần dành cho anh chị em ruột	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nhóm hỗ trợ cha mẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tư vấn sức khỏe tâm thần dành cho cha mẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bạn gặp phải những giới hạn hay rào cản nào khi tiếp cận với các dịch vụ hỗ trợ gia đình?

Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Phương tiện đi lại | <input type="checkbox"/> Không có nhà cung cấp dịch vụ trong khu vực | <input type="checkbox"/> Không |
| <input type="checkbox"/> Vấn đề về xếp lịch | <input type="checkbox"/> Chi phí dịch vụ / Bảo hiểm của tôi không bao trả cho các dịch vụ có sẵn | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Không có đủ nhà cung cấp dịch vụ trong khu vực | | |

Chứng bệnh tự kỷ của con bạn đã ảnh hưởng đến sự tham gia lao động của gia đình bạn theo cách nào (nếu có)? Chọn tất cả nếu thích hợp.

	Tôi	Đối tác của tôi
Thôi làm việc bên ngoài nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giảm giờ làm việc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tăng giờ làm việc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thay đổi chủ lao động	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thay đổi loại việc làm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thay đổi lịch làm việc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thay đổi vị trí làm việc với cùng chủ lao động	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đạo Luật quy định về nghỉ việc vì gia đình và sức khỏe (FMLA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mất cơ hội thăng tiến / tăng lương	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nghỉ việc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bị kỷ luật / Đình chỉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Không	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khác _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chúng tôi muốn hỏi về sự tham gia của bạn trong cộng đồng.					
Bạn có tham gia những hoạt động sau đây không? <i>Xin đừng quên điền đầy đủ cả hai cột.</i>					
	Bạn có tham gia không?			Nếu có, vui lòng cho biết bạn tham gia bao nhiêu giờ một tuần.	
	Có	Không		Giờ	
Công việc tình nguyện viên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nhóm cộng đồng/tổ chức	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hoạt động tôn giáo hoặc tinh thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tập thể dục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sở thích hoặc mối quan tâm đặc biệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Công việc nhà lặt vặt / nhiệm vụ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hoạt động xã hội với bạn bè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Các hoạt động khác _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vui lòng cho chúng tôi biết liệu bạn tham gia các hoạt động sau đây nhiều chừng nào bạn thích trong 30 ngày qua, và những hoạt động này có quan trọng đối với bạn. <i>Xin đừng quên điền đầy đủ cả hai cột.</i>					
	Bạn có thực hiện hoạt động này không?			Hoạt động này quan trọng đối với tôi	
	Đủ	Không đủ	Quá nhiều	Có	Không
Đến thư viện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đến phòng tập thể dục, câu lạc bộ sức khỏe hoặc tập luyện, bao gồm hồ bơi, hoặc tham gia sự kiện thể thao (bao gồm chơi bowling, quần vợt, gôn mini, v.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đến nhóm ủng hộ / tổ chức	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đến nhóm xã hội trong cộng đồng (ví dụ như câu lạc bộ sách, nhóm sở thích, nhóm người khác có cùng các quan tâm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đến hoặc tham gia các hoạt động hoặc tổ chức dân sự hoặc chính trị	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cám ơn bạn đã tham gia hoàn tất đánh giá nhu cầu PA của chúng bệnh tự kỷ!