

OCENA POTRZEB PACJENTA Z AUTYZMEM W STANIE PENSYLVANIA

Dziękujemy za wypełnienie ankiety. Termin autyzm jest używany w znaczeniu zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD). Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź przy każdym pytaniu, chyba że polecenie będzie wskazywać inaczej. W razie pytań lub wątpliwości należy skontaktować się z ASERT Collaborative pod adresem info@paautism.org lub numerem telefonu 1-877-231-4244.

Część 1		
Proszę podać płeć.		
<input type="checkbox"/> Męska	<input type="checkbox"/> Żeńska	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____
Jakiej jest Pan(i) rasy / do jakiej grupy etnicznej Pan(i) należy? Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.		
<input type="checkbox"/> Rdzenny mieszkaniec Ameryki lub Alaski	<input type="checkbox"/> Rasa czarna lub Afroamerykanin	<input type="checkbox"/> Koreańska
<input type="checkbox"/> Hinduska	<input type="checkbox"/> Chińska	<input type="checkbox"/> Rdzenny mieszkaniec Hawajów
<input type="checkbox"/> Biała / Amerykanin pochodzenia europejskiego	<input type="checkbox"/> Filipińska	<input type="checkbox"/> Wietnamska
	<input type="checkbox"/> Osoba pochodzenia hiszpańskiego lub Latynos	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____
	<input type="checkbox"/> Japońska	<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać
Proszę podać swój pięciocyfrowy kod pocztowy.		
Proszę podać rok i miesiąc urodzenia.		
Miesiąc urodzenia (MM) _____	Rok urodzenia (RRRR) _____	
Który z poniższych terminów najlepiej określa Pana(-i) aktualny stan cywilny?		
<input type="checkbox"/> Żonaty/mężatka	<input type="checkbox"/> Panna/kawaler	<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać
<input type="checkbox"/> Wdowa/wdowiec	<input type="checkbox"/> W separacji / po rozwodzie	
Czy ma Pan(-i) dzieci?		
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie, nie chcę mieć dzieci	
<input type="checkbox"/> Nie, ale planuję	<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać	
<input type="checkbox"/> Nie, nie wiem jeszcze, czy chcę mieć dzieci		
Który z poniższych zakresów jest najbardziej zbliżony do Pana(-i) rocznego dochodu pochodzącego z pracy zarobkowej?		
<input type="checkbox"/> 0–10 000 USD	<input type="checkbox"/> 40 001–50 000 USD	<input type="checkbox"/> 80 001–90 000 USD
<input type="checkbox"/> 10 001–20 000 USD	<input type="checkbox"/> 50 001–60 000 USD	<input type="checkbox"/> 90 001–100,000 USD
<input type="checkbox"/> 20 001–30 000 USD	<input type="checkbox"/> 60 001–70,000 USD	<input type="checkbox"/> 100 000 USD +
<input type="checkbox"/> 30 001–40 000 USD	<input type="checkbox"/> 70 001–80 000 USD	
Czy ma Pan(-i) zwierzęta w domu (dotyczy również zwierząt towarzyszących człowiekowi)?		
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Czy wśród Pana(-i) krewnych ktoś cierpi na autyzm?		
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności
Jeśli tak, proszę podać, u kogo zdiagnozowano autyzm. Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.		
<input type="checkbox"/> Rodzic	<input type="checkbox"/> Ciocia / wujek	<input type="checkbox"/> Syn / córka
<input type="checkbox"/> Brat / siostra	<input type="checkbox"/> Kuzyn	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____
<input type="checkbox"/> Dziadek/babcia	<input type="checkbox"/> Siostrzenica / bratanica / siostrzeniec / bratanek	

Część 2

Proszę określić swój obecny stan zdrowia w porównaniu z minionymi 12 miesiącami. Teraz jest:

lepszy gorszy taki sam

Proszę uzasadnić wybór odpowiedzi:

Ile czasu minęło od Pana(-i) ostatniej wizyty u dentysty? (proszę uwzględnić wizytę u każdego rodzaju specjalisty zajmującego się leczeniem zębów, np. ortodonta, chirurga szczękowego i higienistki dentystycznej).

Mniej niż 6 miesięcy temu Od 6 miesięcy do roku Ponad rok

Ile czasu minęło od Pana(-i) ostatniej wizyty u lekarza w celu przeprowadzenia regularnej kontroli stanu zdrowia? (Regularna kontrola stanu zdrowia to ogólne badanie lekarskie, które nie jest podyktowane konkretnym urazem, chorobą czy problemem zdrowotnym).

Mniej niż 6 miesięcy temu Od 6 miesięcy do roku Ponad rok

Czy przyjmuje Pan(i) w tej chwili leki na receptę inne niż witaminy?

Tak Nie Nie mam pewności

Jeśli tak, proszę podać wszystkie aktualnie przyjmowane leki.

Część 3

Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Pana(-i) któryś z poniższych stanów chorobowych? Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

<input type="checkbox"/> Zaburzenia lękowe	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność intelektualna (wcześniej określana jako opóźnienie umysłowe)
<input type="checkbox"/> Zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD)	<input type="checkbox"/> Zaburzenia obsesyjno–kompulsyjne (OCD)
<input type="checkbox"/> Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	<input type="checkbox"/> Zaburzenia opozycyjno–buntownicze (ODD)
<input type="checkbox"/> Zaburzenie przetwarzania informacji słuchowej (CAPD)	<input type="checkbox"/> Schizofrenia lub inne zaburzenia psychiczne
<input type="checkbox"/> Zaburzenia zachowania (CD)	<input type="checkbox"/> Konwulsje / zaburzenia konwulsyjne / epilepsja
<input type="checkbox"/> Depresja	<input type="checkbox"/> Zaburzenia integracji sensorycznej
<input type="checkbox"/> Opóźnienie rozwojowe	<input type="checkbox"/> Zespół stresu pourazowego (PTSD)
<input type="checkbox"/> Niedosłuch	<input type="checkbox"/> Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych
<input type="checkbox"/> Syllogomania (patologiczne zbieractwo)	<input type="checkbox"/> Brak
<input type="checkbox"/> Problemy z nauką	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____

Ile lat miał(a) Pan(i), gdy zdiagnozowano u Pana(-i) autyzm?

lat Nie mam pewności

Część 4

Czy jest Pan(i) objęty(-a) poniższym rodzajem ubezpieczenia zdrowotnego? Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

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

Czy znajduje się Pan(i) na liście oczekujących lub zainteresowanych programem?

Lista oczekujących na miejsce w programie dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (P/FDS lub Consolidated Waiver)

Lista osób zainteresowanych programami Biura ds. Usług dla osób z autyzmem (Bureau of Autism Services, BAS – Adult Autism Waiver lub ACAP)

Obie odpowiedzi

Na żadnej

Nie mam pewności

Czy korzysta Pan(i) z któregoś z programów dla osób niepełnosprawnych w ramach Medical Assistance? <i>Proszę wypełnić obie kolumny.</i>				
	Korzystam z takiego programu		Potrzebuję więcej informacji na temat tego programu	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Adult Autism Waiver (Program usług dla dorosłych z autyzmem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adult Community Autism Program, ACAP (Społecznościowy program usług dla osób z autyzmem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consolidated Waiver (Skonsolidowany program usług dla osób niepełnosprawnych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P/FDS Waiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBRA Waiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inna odpowiedź	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Część 5

Czy stosował(a) Pan(i) kiedykolwiek leki/substancje narkotyczne inne niż te przepisane przez lekarza w celach medycznych (oprócz witamin)?

Tak Nie Wolę nie odpowiadać

Czy kiedykolwiek przedawkował(a) Pan(i) leki/substancje narkotyczne (przepisane na receptę lub nielegalne)?

Tak Nie Wolę nie odpowiadać

Część 6

Czy w zeszłym roku był(a) Pan(i) na izbie przyjęć w szpitalu ze względu na problemy z zachowaniem lub zaburzenia psychiczne?

Tak, _____ raz(y) Nie Wolę nie odpowiadać

Czy w zeszłym roku został(a) Pan(i) przyjęty(-a) do szpitala lub placówki podobnej do szpitala ze względu na problemy z zachowaniem lub zaburzenia psychiczne?

Tak, _____ raz(y) Nie Wolę nie odpowiadać

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁ(A) PAN(I) TAK NA PYTANIE O POBYT W SZPITALU LUB PLACÓWKĘ PODOBNEJ DO SZPITALA, PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA, ODNOŚĄC SIĘ DO OSTATNIEGO POBYTU W TAKIM MIEJSCU. W PRZECIWNYM RAZIE PROSZĘ PRZEJŚĆ DO CZĘŚCI 7.

Z jakiego powodu został(a) Pan(i) przyjęty(-a) do szpitala lub placówki podobnej do szpitala?

Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

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

Część 8

Czy jest Pan(i) obecnie zatrudniony(-a)? Proszę wymienić tylko płatne posady.

<input type="checkbox"/> Tak, w pełnym wymiarze (przynajmniej 35 godzin tygodniowo)	<input type="checkbox"/> Nie, ale w tej chwili szukam pracy
<input type="checkbox"/> Tak, w niepełnym wymiarze (mniej niż 35 godzin tygodniowo)	<input type="checkbox"/> Jestem na emeryturze
	<input type="checkbox"/> Bezrobotny(-a) i nieposzukujący(-a) pracy

Jeśli tak, jakiego rodzaju pracę Pan(i) wykonuje?

<input type="checkbox"/> Pomoc w biurze i administracji	<input type="checkbox"/> Przygotowywanie / dostarczanie posiłków	<input type="checkbox"/> Produkcja / wytwórstwo
<input type="checkbox"/> Sprzedaż (również detaliczna)	<input type="checkbox"/> Transport / postępowanie z materiałami	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____

Jeśli nie, czy kiedykolwiek Pan(i) pracował(a)?

Tak Nie Nie mam pewności Wolę nie odpowiadać

W jakim wieku zaczął Pan/zaczęła Pani pracować?

Kto lub jakie usługi pomogły Panu(-i) znaleźć pracę? Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

<input type="checkbox"/> Szkolny doradca zawodowy	<input type="checkbox"/> Rodzice / krewny	<input type="checkbox"/> Usługi aktywizacji zawodowej w ramach specjalnych programów
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Przekaz ustny	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____
<input type="checkbox"/> Targi pracy	<input type="checkbox"/> Doradca w Biurze ds. Aktywizacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych (OVR)	<input type="checkbox"/> Nd. (nie szukałem(-am) zatrudnienia)
<input type="checkbox"/> Gazeta		

Proszę ocenić poniższe stwierdzenia dotyczące procesu szukania pracy.

	bardzo trudne	trudne	łatwe	bardzo łatwe
Znalezienie pracy jest ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wypełnienie podania o pracę jest ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przygotowanie CV jest ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakłonienie potencjalnego pracodawcy do zaproszenia mnie na rozmowę kwalifikacyjną jest ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczestniczenie w rozmowie kwalifikacyjnej jest ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Znalezienie transportu na trasie pomiędzy domem a miejscem rozmowy kwalifikacyjnej jest ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utrzymanie kontaktu po rozmowie kwalifikacyjnej jest ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prosimy zaznaczyć, w jakim stopniu zgadza się Pan/Pani z następującymi stwierdzeniami na temat zatrudnienia.					
	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nd.
Nie mam problemu z pracą w grupie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie mam problemu z poproszeniem współpracownika o pomoc lub informację.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie mam problemu z poproszeniem przełożonego o pomoc lub informację.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie mam problemu z poproszeniem przełożonego o urlop.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie mam problemu z poproszeniem o wprowadzenie udogodnień.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosimy wskazać stopień, w jakim zgadza się Pan(i) z poniższymi stwierdzeniami dotyczącymi Pana(-i) aktualnego lub ostatniego miejsca pracy.					
	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nd.
Moje umiejętności są niedoceniane.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moje wynagrodzenie jest uczciwe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam dostęp do udogodnień / pomocy w związku z autyzmem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy inni pracownicy wiedzą, że cierpi Pan(i) na autyzm?					
<input type="checkbox"/> Tak, każdy wie		<input type="checkbox"/> Tak, ale tylko bliscy współpracownicy		<input type="checkbox"/> Nie	
<input type="checkbox"/> Tak, ale tylko mój przełożony				<input type="checkbox"/> Nd. (nie pracuję w tej chwili)	
Jeśli nie, dlaczego? <i>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</i>					
<input type="checkbox"/> Nie wiem, jak im o tym powiedzieć			<input type="checkbox"/> Boję się, że będą mnie oceniać		
<input type="checkbox"/> Nie chcę być inaczej traktowany(-a)			<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____		
<input type="checkbox"/> Nie uważam, żeby to było konieczne			<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać		
Część 9					
Jaka jest Pana/i obecna sytuacja życiowa?					
<input type="checkbox"/> Mieszkam samodzielnie, nie korzystając z pomocy (w mieszkaniu własnym lub wynajętym)			<input type="checkbox"/> Mieszkam w placówce opiekuńczej (m.in. stanowym szpitalu lub centrum)		
<input type="checkbox"/> Mieszkam samodzielnie, korzystając z pomocy (w mieszkaniu własnym lub wynajętym)			<input type="checkbox"/> Mieszkam w kameralnym domu opieki		
<input type="checkbox"/> Mieszkam ze współlokatorem / małżonkiem/ małżonką (w mieszkaniu własnym lub wynajętym)			<input type="checkbox"/> Jestem bezdomny(-a)		
<input type="checkbox"/> Mieszkam z rodzicami lub innymi krewnymi			<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____		

Od jak dawna mieszka Pan(i) w wyżej opisany sposób?				
<input type="checkbox"/> Całe życie	<input type="checkbox"/> Mniej niż 1 rok	<input type="checkbox"/> 1–2 lata	<input type="checkbox"/> 3–5 lat	<input type="checkbox"/> Ponad 5 lat
Jak zadowolony(-a) jest Pan(i) ze swojej obecnej sytuacji mieszkaniowej?				
<input type="checkbox"/> Bardzo zadowolony(-a)	<input type="checkbox"/> Zadowolony(-a)	<input type="checkbox"/> Niezadowolony(-a)	<input type="checkbox"/> Bardzo niezadowolony(-a)	
Jak trudno jest Panu(-i) wyrzucić rzeczy, nawet jeśli ich Pan(i) nie używa?				
<input type="checkbox"/> Bardzo trudno		<input type="checkbox"/> Dość trudno	<input type="checkbox"/> Łatwo	
Jak często bałagan w pomieszczeniach, gdzie Pan(i) mieszka, przeszkadza Panu(-i) w codziennych czynnościach? (np. nie może Pan(i) znaleźć różnych przedmiotów lub ma Pan(i) problemy z poruszaniem się).				
<input type="checkbox"/> Zawsze	<input type="checkbox"/> Przez większość czasu	<input type="checkbox"/> Czasami	<input type="checkbox"/> Nigdy	
Część 10				
Czy chodzi Pan(i) aktualnie do szkoły?				
<input type="checkbox"/> Tak, do szkoły średniej		<input type="checkbox"/> Tak, uczęszczam na studia magisterskie	<input type="checkbox"/> Nie, ale chciał(a)bym	
<input type="checkbox"/> Tak, do dwuletniego kolegium	<input type="checkbox"/> Tak, do szkoły technicznej / zawodowej	<input type="checkbox"/> Nie		
<input type="checkbox"/> Tak, do czteroletniego kolegium		<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____		
Jeśli nie, proszę określić swoje wykształcenie (ukończona szkoła na najwyższym poziomie).				
<input type="checkbox"/> Chodziłem(-am) do szkoły, ale nie ukończyłem(-am) szkoły średniej	<input type="checkbox"/> Kolegium		<input type="checkbox"/> Wykształcenie zawodowe lub tytuł wyższy niż magister (np. MD, DDS, DVM, dr)	
	<input type="checkbox"/> Tytuł akademicki Associate's Degree			
<input type="checkbox"/> Absolwent(ka) szkoły średniej / egzamin GED	<input type="checkbox"/> Licencjat			
<input type="checkbox"/> Wykształcenie techniczne / zawodowe	<input type="checkbox"/> Magister			
JEŚLI CHODZI PAN(I) DO SZKOŁY, PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA. W PRZECIWNYM RAZIE PROSZĘ PRZEJŚĆ DO CZĘŚCI 11.				
W jakim wymiarze się Pan(i) uczy?				
<input type="checkbox"/> W pełnym wymiarze godzin		<input type="checkbox"/> W niepełnym wymiarze godzin	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności	
Czy uczęszcza Pan(i) na zajęcia osobiście czy poprzez Internet?				
<input type="checkbox"/> Osobiście		<input type="checkbox"/> Przez Internet	<input type="checkbox"/> Zarówno osobiście, jak i przez Internet	
Proszę powiedzieć, jak poniższe czynności pomogły Panu(-i) nawiązać przyjaźnię.				
	Bardzo silne przyjaźnię	Luźne przyjaźnię	Brak przyjaźni	Nie uczestniczyłem(-am)
Mentoring rówieśniczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupy lub kluby dla uczniów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spotykanie ludzi w klasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spotykanie ludzi w akademiku lub miejscu zakwaterowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Media społecznościowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kluby sportowe, np. szkolne czy wewnątrzszkolne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne wydarzenia społeczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy wie Pan(i) o różnych formach pomocy / zasobów dostępnych dla osób niepełnosprawnych w Pana(-i) szkole?				
<input type="checkbox"/> Tak, ale nie korzystam z nich	<input type="checkbox"/> Tak, korzystam z nich	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie mam pewności	
Czy szkoła przyznała Panu(-i) prawo do dodatkowych udogodnień (np. lekcji indywidualnych, specjalnego zakwaterowania, doradztwa)?				
<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie		<input type="checkbox"/> Nie mam pewności

Proszę powiedzieć, jakiego wsparcia potrzebuje Pan(i) w zakresie edukacji. Proszę wypełnić obie kolumny.

	Czy korzysta Pan(i) z tej usługi?		Czy potrzebuje Pan(i) korzystać z tej usługi w większym zakresie?	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Specjalne zakwaterowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomoc podczas egzaminów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo akademickie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomoc podczas notowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nauczanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentoring rówieśniczy / pomoc społeczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inna odpowiedź _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Co Pan(i) planuje robić po ukończeniu szkoły? Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

<input type="checkbox"/> Kontynuować edukację (aby uzyskać kolejny tytuł)	<input type="checkbox"/> Pracować jako wolontariusz
<input type="checkbox"/> Szukać pracy	<input type="checkbox"/> Nie wiem
<input type="checkbox"/> Zrobić sobie przerwę (aby podróżować lub w innym celu)	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____

Część 11

Proszę zaznaczyć, które z poniższych usług Pan(i) zna lub z których Pan(i) korzysta, lub na temat których potrzebuje Pan(i) więcej informacji. Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

	Znam	Korzystam	Potrzebuję więcej informacji	Nd.
Biuro ds. Aktywacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zasiłki społeczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inna pomoc ze strony państwa (bony żywieniowe, dodatek mieszkaniowy itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Część 12

Ile średnio dni w tygodniu spędził(a) Pan(i) z przyjaciółmi poza szkołą lub pracą w zeszłym miesiącu?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

Czy w ostatnich 12 miesiącach uczęszczał(a) Pan(i) na zajęcia grupowe poza szkołą, np. zajęcia dla młodzieży lub do klubu sportowego?

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

Jeśli tak, ile z nich było przeznaczonych wyłącznie dla osób niepełnosprawnych?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4+
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

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

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

Proszę opisać poziom zadowolenia z poniższych relacji.

	Nie mam, ale chciał(a)bym mieć...	Mam, ale chciał(a)bym mieć lepsze relacje...	Jestem zadowolony (-a) z moich relacji z...	Nd.	Wolę nie odpowiadać
Przyjaciele, którym mogę się zwierzyć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Znajomi, z którymi spędzam czas wolny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacje z rodzicami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacje z rodzeństwem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacje ze swoimi dziećmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacje z partnerem życiowym/partnerką życiową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Znajomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne relacje _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proszę podać, jak często poniższe stwierdzenia opisują Pana(-i) samopoczucie.

	Często	Czasami	Rzadko	Nigdy	Wolę nie odpowiadać
Nie mam z kim porozmawiać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikt z mojego otoczenia nie podziela moich zainteresowań ani pomysłów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trudno mi nawiązać przyjaźń	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy zdarza się Panu(-i) uczestniczyć w następujących działaniach? Proszę wypełnić obie kolumny.

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

Proszę podać, czy w ostatnich 30 dniach uczestniczył(a) Pan(i) w tych zajęciach w stopniu wystarczającym dla Pana(-i) oraz czy udział w takich zajęciach jest dla Pana(-i) ważny. Proszę wypełnić obie kolumny.

	Czy uczestniczy Pan(i) w tych zajęciach?			Czy te zajęcia są dla Pana(-i) ważne?	
	W stopniu wystarczającym	W stopniu niewystarczającym	W stopniu zbyt intensywnym	Są dla mnie ważne	Nie są dla mnie ważne
Chodzenie do biblioteki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chodzenie do siłowni, na ćwiczenia lub zajęcia rehabilitacyjne, np. basen, lub uczestniczenie w zajęciach sportowych (kręgle, tenis, mini golf itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udział w spotkaniach organizacji / grupy dzielącej moje interesy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udział w spotkaniach klubu zainteresowań w społeczności (np. klubie czytelników, hobbystycznym lub innym, gdzie spotykają się ludzie o podobnych zainteresowaniach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczestniczenie w spotkaniach organizacji społecznych lub partii politycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Część 13

Proszę opowiedzieć nam o swoich szczególnych potrzebach w zakresie zdrowia i edukacji. Proszę podać, czy korzysta Pan(i) z danych usług i czy chciał(a)by Pan(i) korzystać z nich w większym stopniu. Proszę wypełnić obie kolumny.

	Czy korzysta Pan(i) z tej usługi?		Czy potrzebuje Pan(i) korzystać z tej usługi w większym zakresie?	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Doradztwo w zakresie zdrowia psychicznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia lingwistyczna / logopedyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia zajęciowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia fizyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkolenie w zakresie umiejętności społecznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie behawioralne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie indywidualne (ze strony np. koordynatorów wsparcia, personelu lokalnych organów ds. włączenia, lokalnych specjalistów ds. wsparcia, osób zapewniających pomoc indywidualną)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie w zakresie koordynacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zarządzanie przypadkiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usługi neurologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zarządzanie podawaniem leków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wychowanie seksualne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie relacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie spożywania narkotyków i alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przyuczenie do zawodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planowanie zmian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie w zakresie zatrudnienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie wyboru zawodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podstawowa opieka zdrowotna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opieka stomatologiczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie zasiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proszę określić, czy się Pan(i) zgadza z poniższym stwierdzeniem dotyczącym niżej podanych usług: „Specjaliści świadczący te usługi posiadają odpowiednie umiejętności, aby ze mną pracować”.

	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nd.
Doradztwo w zakresie zdrowia psychicznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia lingwistyczna / logopedyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia zajęciowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia fizyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkolenie w zakresie umiejętności społecznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie behawioralne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie indywidualne (ze strony np. koordynatorów wsparcia, personelu lokalnych organów ds. włączenia, lokalnych specjalistów ds. wsparcia, osób zapewniających pomoc indywidualną)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie w zakresie koordynacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zarządzanie przypadkiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usługi neurologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zarządzanie podawaniem leków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wychowanie seksualne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie relacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie spożywania narkotyków i alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przyuczenie do zawodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planowanie zmian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie w zakresie zatrudnienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doradztwo w zakresie wyboru zawodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podstawowa opieka zdrowotna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opieka stomatologiczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doradztwo w zakresie zasiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy doświadczył(a) Pan(i) problemów z dostępem do specjalistycznych usług zdrowotnych i edukacyjnych?					
<input type="checkbox"/> Tak			<input type="checkbox"/> Nie		
Jeśli tak, proszę powiedzieć, czy poniższe czynniki utrudniały dostęp do tych usług? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>					
<input type="checkbox"/> Transport		<input type="checkbox"/> Brak odpowiedniej liczby personelu			
<input type="checkbox"/> Problemy z umówieniem wizyty		<input type="checkbox"/> Specjaliści w mojej okolicy nie pracują z osobami z autyzmem			
<input type="checkbox"/> Brak specjalistów w okolicy		<input type="checkbox"/> Specjaliści w mojej okolicy nie pracują z osobami, u których zdiagnozowano problemy ze zdrowiem psychicznym			
<input type="checkbox"/> Brak wystarczającej liczby specjalistów w okolicy		<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____			
<input type="checkbox"/> Koszty usług / Moje ubezpieczenie nie pokrywa kosztów dostępnych usług					
Czy posługuje się Pan(i) formalnym systemem komunikacji? (np. Picture Exchange Communication System (PECS), tablet, urządzenie generujące mowę lub inny system w ramach alternatywnych i wspomagających metod komunikacji)					
<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie		<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____	
Jeśli tak, proszę powiedzieć, gdzie się Pan(i) nim posługuje. <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>					
<input type="checkbox"/> Dom		<input type="checkbox"/> Szkoła		<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____	
<input type="checkbox"/> Praca		<input type="checkbox"/> W ramach społeczności			
Część 14					
Czy odczuwa Pan(i) dyskomfort, odpowiadając na pytania dotyczące Pana(-i) tożsamości płciowej?					
<input type="checkbox"/> Tak			<input type="checkbox"/> Nie		
JEŚLI NIE, PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA. W PRZECIWNYM RAZIE PROSZĘ PRZEJŚĆ DO CZĘŚCI 15.					
Jaką płeć przypisano Panu(-i) w momencie urodzenia?					
<input type="checkbox"/> Mężczyzna		<input type="checkbox"/> Kobieta		<input type="checkbox"/> Obojnak	
				<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać	
Czy uważa się Pan(i) za transgenderystę i/lub osobę o płynnej tożsamości płciowej?					
<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie		<input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać	
Część 15					
Jak zwykle dociera Pan(i) w miejsce, do którego musi się Pan(i) udać? Proszę podać środek transportu. <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>					
<input type="checkbox"/> Samodzielna jazda prywatnym samochodem		<input type="checkbox"/> Pasażer prywatnego samochodu prowadzonego przez wolontariusza			
<input type="checkbox"/> Pasażer prywatnego samochodu prowadzonego przez rodzica lub innego członka rodziny		<input type="checkbox"/> Transport publiczny			
<input type="checkbox"/> Pasażer prywatnego samochodu prowadzonego przez znajomego		<input type="checkbox"/> Transport jest zapewniony w ramach opieki dziennej			
<input type="checkbox"/> Autobus / van należący do państwa, gminy lub organizacji non-profit		<input type="checkbox"/> Transport jest zapewniony przez kameralny dom opieki			
<input type="checkbox"/> Taksówka lub inny wynajęty transport		<input type="checkbox"/> Transport jest zapewniony przez szkołę / instytucję edukacyjną			
<input type="checkbox"/> Pieszo		<input type="checkbox"/> Transport współdzielony (Uber, Lyft)			
<input type="checkbox"/> Rower		<input type="checkbox"/> Współkorzystanie z samochodu (np. ZipCar, Enterprise Car Share)			
		<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź _____			

W jakim celu się Pan(i) przemieszcza? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>				
<input type="checkbox"/> Praca			<input type="checkbox"/> Odwiedziny u członków rodziny i przyjaciół	
<input type="checkbox"/> Szkoła lub nauka zawodu			<input type="checkbox"/> Zakupy / codzienne sprawy	
<input type="checkbox"/> Zajęcia o charakterze społecznym lub rekreacyjnym			<input type="checkbox"/> Siłownia lub rehabilitacja	
<input type="checkbox"/> Wizyty u lekarza i specjalistów			<input type="checkbox"/> Dojazd na przystanek autobusowy lub dworzec kolejowy	
<input type="checkbox"/> Zajęcia o charakterze religijnym			<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź	
W których z poniższych okoliczności miewa Pan(i) problemy, przemieszczając się? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>				
<input type="checkbox"/> Przejście przez ulicę			<input type="checkbox"/> Zbyt wiele osób na chodniku	
<input type="checkbox"/> Ocena odległości do zbliżającego się pojazdu lub jego prędkości			<input type="checkbox"/> Zbyt wiele samochodów lub zbyt nasilony ruch uliczny	
<input type="checkbox"/> Poruszanie się pieszo w miejscach bez chodnika (po trawie lub jezdni)	<input type="checkbox"/> Trudności z wyborem kierunku / trasy		<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź	
<input type="checkbox"/> Radzenie sobie z czynnikami rozpraszającymi podczas przemieszczania się pieszo			<input type="checkbox"/> Brak problemów podczas przemieszczania się pieszo	
Które z poniższych czynników utrudniają Panu(-i) korzystanie z środków transportu publicznego? <u>Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.</u>				
<input type="checkbox"/> Brak ich w mojej okolicy			<input type="checkbox"/> Trudności z zaplanowaniem przejazdu środkami transportu publicznego	
<input type="checkbox"/> Trudności z dojazdem na przystanek autobusowy lub dworzec kolejowy bez pomocy innych			<input type="checkbox"/> Środki transportu publicznego są zawodne	
<input type="checkbox"/> Trudności z wsiadaniem/wysiadaniem z pociągu lub autobusu			<input type="checkbox"/> Lęk przed przestępstwami popełnianymi w środkach transportu publicznego	
<input type="checkbox"/> Środki transportu publicznego są niedostępne, gdy są potrzebne			<input type="checkbox"/> Lęk przed problemem ze znalezieniem miejsca siedzącego w autobusie / pociągu	
<input type="checkbox"/> Transport publiczny nie dojeżdża tam, gdzie potrzebuję			<input type="checkbox"/> Lęk przed brakiem życzliwości / gotowości do pomocy ze strony kierowcy środka transportu publicznego	
<input type="checkbox"/> Konieczność zbyt wielu przesiadek			<input type="checkbox"/> Lęk przed zachowaniem pozostałych pasażerów środka transportu publicznego	
<input type="checkbox"/> Zbyt wysoki koszt przejazdu środkiem transportu publicznego			<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź	
<input type="checkbox"/> Rodzice / opiekunowie nie chcą, abym korzystał(a) ze środków transportu publicznego			<input type="checkbox"/> Brak problemów z korzystaniem ze środków transportu publicznego	
Część 16				
Poniższe pytanie dotyczy relacji z innymi ludźmi. Jak często ma Pan(i) problemy ze znalezieniem wspólnego języka z następującymi osobami?				
	Zawsze	Czasami	Nigdy	Nd.
Rodzic(e) lub inni opiekunowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodzeństwo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Członkowie dalszej rodziny (dziadkowie, ciocie, wujkowie itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne osoby, które przychodzą do domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Część 17

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

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

Jeśli tak, czy uczęszcza Pan(i) na spotkania osobiście, czy przez Internet?

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

Jeśli tak, dlaczego należy Pan(i) do takiej grupy? *Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.*

<input type="checkbox"/> Przyjaźń / Element towarzyski	<input type="checkbox"/> Większa świadomość	<input type="checkbox"/> Wspólny interes / możliwość wpływu
<input type="checkbox"/> Znajdowanie informacji	<input type="checkbox"/> Ktoś mnie do tego zachęcił	<input type="checkbox"/> Inna odpowiedź
<input type="checkbox"/> Podobne zainteresowania / doświadczenia		

Jeśli nie, dlaczego nie? *Proszę wybrać wszystkie prawdziwe odpowiedzi.*

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

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