

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ, СВЯЗАННЫХ С АУТИЗМОМ, В ШТАТЕ ПЕНСИЛЬВАНИЯ

Спасибо, что заполнили этот опрос. Термин «аутизм» используется для обозначения расстройств аутического спектра (РАС). Выбирайте только один ответ на каждый вопрос, если не указано иное. Если у вас возникнут вопросы, обратитесь, пожалуйста, в ASERT Collaborative по эл. почте info@paautism.org или по телефону 1-877-231-4244.

Раздел 1

Укажите ваш пол?

- Мужской
 Женский
 Другое _____

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

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

Укажите ваш пятизначный индекс?

Укажите год и месяц вашего рождения?

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

Какие из указанных характеристик точнее всего описывают ваше семейное положение?

- Женат / замужем
 Никогда не был женат (замужем)
 Предпочитаю не отвечать
 Вдовец (вдова)
 Разведен (-а)

У вас есть дети?

- Да
 Нет, я не хочу иметь детей
 Нет, но планирую
 Предпочитаю не отвечать
 Нет, я еще не принял (-а) решение относительно детей

Что из указанного ниже наиболее точно определяет ваш годовой доход от занятости?

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

Есть ли у вас домашние животные (включая животных-поводырей)?

- Да
 Нет

У вас есть родственники с аутизмом?

- Да
 Нет
 Не знаю

Если да, то кому именно был диагностирован аутизм? **Выберите все подходящие варианты.**

- | | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Родитель | <input type="checkbox"/> Тетя/дядя | <input type="checkbox"/> Сын/дочь |
| <input type="checkbox"/> Брат/сестра | <input type="checkbox"/> Кузен/кузина | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Дедушка/бабушка | <input type="checkbox"/> Племянница/племянник | |

Раздел 2

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

- Улучшилось Ухудшилось Без изменений

Обоснуйте ваш ответ:

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

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

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

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

Предписаны ли вам в настоящее время какие-либо препараты, кроме витаминов?

- Да Нет Не знаю

Если да, перечислите их:

Раздел 3

Вам когда-либо диагностировали что-то из нижеуказанного? **Выберите все подходящие варианты.**

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

В каком возрасте у вас был диагностирован аутизм?

- лет _____ Не знаю

Раздел 4

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

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

Включены ли вы в настоящее время в список кандидатов или список заинтересованных?

- Список кандидатов на программы для лиц с интеллектуальными нарушениями (P/FDS или Consolidated Waiver)
- Список заинтересованных в программах Бюро услуг для лиц с аутизмом (Bureau of Autism Services, BAS - Adult Autism Waiver или ACAP)
- В оба
- Ни в один из указанного
- Не знаю

Вы зачислены в какую либо программу медицинской помощи? Пожалуйста, не забудьте заполнить оба столбца.

	Я зачислен в эту программу		Я хотел бы получить более подробную информацию об этой программе	
	Да	Нет	Да	Нет
Альтернативная программа для взрослых с аутизмом (Adult Autism Waiver)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Программа общин для взрослых с аутизмом (Adult Community Autism Program, ACAP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Объединенная альтернативная программа для лиц с интеллектуальными нарушениями (Consolidated Waiver)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Альтернативная программа индивидуальной поддержки/адресной поддержки семьи (P/FDS Waiver)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Альтернативная программа OBRA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другое _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Раздел 5

Вы когда-либо принимали препараты помимо тех, которые требуются по медицинским показаниям (кроме витаминов)?

- Да Нет Предпочитаю не отвечать

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

- Да Нет Предпочитаю не отвечать

Раздел 6

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

- Да, _____ раз Нет Предпочитаю не отвечать

За последний год вы поступали в больницу или аналогичные учреждения в связи с поведенческими или психиатрическими проблемами?

- Да, _____ раз Нет Предпочитаю не отвечать

ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ «ДА» НА ВОПРОС О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, ОТВЕЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НА ВОПРОСЫ КАСАТЕЛЬНО ВАШЕГО ПОСЛЕДНЕГО ПРЕБЫВАНИЯ В БОЛЬНИЦЕ. В ПРОТИВНОМ СЛУЧАЕ ПЕРЕЙДИТЕ К РАЗДЕЛУ 7.

По какой причине/причинам вы поступили в больницу или аналогичное учреждение?

Выберите все подходящие варианты.

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

Насколько вы удовлетворены или неудовлетворены следующими аспектами пребывания в больнице?

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

Как вы были госпитализированы?

- Я сам (-а) обратился (-лась) в больницу (201, добровольное лечение)
 Меня госпитализировали против моей воли (302, принудительное лечение)
 Предпочитаю не отвечать

Как долго вы пребывали в больнице или аналогичном учреждении?

- Менее 24 часов
 24-48 часов
 2+ days, please tell us how long _____

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

- Да
 Нет
 Не знаю

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

Раздел 7

Вы когда-либо имели дело с полицией/системой правосудия? **Выберите все подходящие варианты.**

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

Вы были жертвой преступления?

- Да
 Нет
 Предпочитаю не отвечать

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

Раздел 8

Вы трудоустроены в настоящее время? Указывайте только оплачиваемые должности.

- Да, на полную занятость (35 часов в неделю или больше)
 Нет, но в поисках работы
 Да, на частичную занятость (менее 35 часов в неделю)
 Нет, я на пенсии
 Нет, я не на пенсии и не ищу работу

Если да, какая это работа?

- Офис/административная поддержка
 Транспортировка / обработка материалов
 Должность в сфере сбыта (включая розничную торговлю)
 Производство
 Приготовление пищи / обслуживание
 Другое _____

Если нет, вы раньше работали?

- Да
 Нет
 Не знаю
 Предпочитаю не отвечать

В каком возрасте вы начали работать?

Какие из следующих возможностей вы использовали для поиска работы. Выберите все подходящие варианты.

- Школьный психолог-консультант
 Устное общение
 Поддержка по трудоустройству в рамках программ
 Поиск в интернете
 Консультант управления профессиональной реабилитации (УПР)
 Другое _____
 Ярмарка вакансий
 Газеты
 Не применимо (не ищу работу)
 Связи родителей / родственников

Пожалуйста, заполните следующие утверждения о процессе поиска работы.

	Очень сложно	Сложно	Легко	Очень легко
Найти работу...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Заполнить заявку на работу...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Составить резюме...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Попасть на собеседование к потенциальному работодателю...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пройти собеседование...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Найти транспорт на собеседование и обратно...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Предпринимать последующие действия после собеседования...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Пожалуйста, укажите степень своего согласия со следующими утверждениями о вашей работе.

	Полностью согласен (-а)	Согласен (-а)	Не согласен (-а)	Категорически и не согласен (-а)	Не применяется
Мне комфортно работать в команде.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я чувствую себя комфортно, когда задаю вопросы коллегам или прошу помочь.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я чувствую себя комфортно, когда задаю вопросы начальству или прошу помочь.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я чувствую себя комфортно, когда прошу начальство время на отдых от работы.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Я чувствую себя комфортно, когда прошу предоставить мне удобства.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Пожалуйста, укажите, в какой степени вы согласны или не согласны со следующими утверждениями о вашем текущем или последнем месте работы.

	Полностью согласен (-а)	Согласен (-а)	Не согласен (-а)	Категорически не согласен (-а)	Не применяется
Мои навыки используются недостаточно.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Моя оплата является справедливой.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Меня обеспечивают жильем/поддержкой по программе для аутистов.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Да, все знают Да, но только мои непосредственные коллеги Нет
 Да, но только мой начальник Не применимо (я не работаю в настоящее время)

Если нет, почему? **Выберите все подходящие варианты.**

- Я не знаю, как им сказать Я боюсь, что меня буду осуждать
 Я не хочу, чтобы ко мне относились не как ко всем Другое _____
 Не думаю, что это необходимо Предпочитаю не отвечать

Раздел 9

Каковы ваши нынешние условия проживания?

- Самостоятельное проживание без поддержки (аренда или собственное жилье) В коррекционно-образовательном центре (включая государственную больницу или государственный центр)
 Самостоятельное проживание с поддержкой (аренда или собственное жилье) В групповом доме
 С соседом по комнате/супругом (-ой) (аренда или собственное жилье) Бездомный
 С родителями или другими родственниками Другое _____

Как долго вы проживаете в таких условиях?

- Всю свою жизнь Менее 1 года 1-2 года 3-5 лет Более 5 лет

Насколько вы удовлетворены текущими условиями жизни?

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

Насколько вам тяжело выбрасывать вещи, даже если вы ими не пользуетесь?

- Очень сложно Довольно сложно Вообще не сложно

Как часто беспорядок в вашем доме препятствует вашей повседневной деятельности?

(Например, не удается найти материалы или другие вещи, или существуют проблемы с передвижением в пространстве из-за беспорядка.)

- Всегда Преимущественно Иногда Никогда

Раздел 10

Вы посещаете школу в настоящее время?

- Да, среднюю школу
 Да, магистратуру
 Нет, но хотел (-а) бы
- Да, двухлетнюю программу колледжа
 Да, ПТУ
 Нет
- Да, четырехлетнюю программу колледжа
 Другое _____

Если нет, укажите наивысший уровень полученного вами образования.

- Неоконченная средняя школа
 Неоконченное среднее специальное образование
 Степень специалиста или аспирантура
- Средняя школа или диплом об общеобразовательной подготовке (GED)
 Младший специалист
 Дополнительно к степени магистра (например, MD - доктор медицины, DDS - доктор стоматологии, DVM - ветеринар, PhD - доктор наук)
- ПТУ
 Степень бакалавра
 Степень магистра

ЕСЛИ ВЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОСЕЩАЕТЕ ШКОЛУ, ОТВЕЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ. В ПРОТИВНОМ СЛУЧАЕ ПЕРЕЙДИТЕ К РАЗДЕЛУ 11.

Вы зачислены в школу:

- На полную нагрузку
 На частичную нагрузку
 Не знаю

Вы посещаете занятия лично или онлайн?

- Лично присутствую
 Онлайн
 Лично и онлайн

Укажите, каким образом следующие мероприятия помогли вам развивать дружеские отношения.

	Очень сильная дружба	Случайные знакомства	Нет друзей	Не принимал участие
Наставничество сверстников	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Студенческие группы или клубы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Встречи с людьми в классе	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Встречи с людьми в вашем общежитии или дома	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Социальные сети	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Занятия спортом дома и спортивный клуб	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другие социальные мероприятия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Известно ли вам о помощи и/или ресурсах для студентов с ограниченными возможностями в вашей школе?

- Да, но я не использую их
 Да, и я использую их
 Нет
 Не знаю

В вашей школе определили, что вам необходимы удобства (например, репетиторы, специальное жилье, консультирование)?

- Да
 Нет
 Не знаю

Расскажите нам подробно о ваших образовательных потребностях: **Пожалуйста, не забудьте заполнить оба столбца.**

	Вы получаете эту услугу?		Вам необходима эта услуга в большем объеме?	
	Да	Нет	Да	Нет
Специальное жилье	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Помощь с прохождением тестов	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Научные консультации	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Помощь с конспектированием	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Репетиторство	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Наставничество сверстников/ социальная поддержка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другое _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Каковы ваши планы после окончания обучения? **Выберите все подходящие варианты.**

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Продолжить образование (получить степень) | <input type="checkbox"/> Работать на общественных началах |
| <input type="checkbox"/> Искать работу | <input type="checkbox"/> Я не знаю |
| <input type="checkbox"/> Взять время для отдыха (для путешествий или иных целей) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |

Раздел 11

Укажите услуги, о которых вы проинформированы, в которые вовлечены или о которых требуется больше информации. **Выберите все подходящие варианты.**

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

Раздел 12

Примерно сколько дней в неделю в среднем вы провели в прошлом месяце с друзьями за пределами школы или работы?

0 1 2 3 4 5 6 7 Предпочитаю не отвечать

В течение последних 12 месяцев вы принимали участие в какой-либо групповой деятельности вне школы, например, в молодежных группах или спортивных командах?

Да Нет Не знаю

Если да, сколько групп, в которых вы принимали участие, включают только людей с ограниченными возможностями? 0 1 2 3 4+

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

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

Пожалуйста, опишите ваше удовлетворение от следующих отношений.

	У меня нет, но я бы хотел (-а)	У меня есть, но хотелось бы больше / лучше...	Я удовлетворен (-а) моими	Не применяется	Предпочитаю не отвечать
Друзья, которым можно доверять	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Друзья для общения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Отношения с родителями	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Отношения с братьями/сестрами	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Отношения с моим ребенком	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Отношения с другими важными людьми (например, супруг (-а), партнер)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Знакомые	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Расскажите нам, как часто каждое из следующих утверждений описывает, как вы себя чувствуете.

	Часто	Иногда	Редко	Никогда	Предпочитаю не отвечать
Мне не с кем поговорить	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Никто из окружающих не разделяет мои идеи и интересы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мне сложно заводить друзей	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

Раздел 13

Расскажите нам о ваших образовательных и медицинских потребностях. Отметьте услуги, которые вы получаете, и укажите, если вам требуется больший объем услуг. **Пожалуйста, не забудьте заполнить оба столбца.**

	Вы получаете эту услугу?		Вам необходима эта услуга в большем объеме?	
	Да	Нет	Да	Нет
Психиатрическая консультация	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Логопедия/логотерапия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Реабилитация	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Физиотерапия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Тренировка социальных навыков	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Поведенческая поддержка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Индивидуальные занятия (например, поддержка координаторов, помощь в участии в жизни общины, поддержка сотрудников общины, помощь с личной гигиеной)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Координация поддержки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ведение больного	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Услуги невролога	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Контроль приема лекарств	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Половое воспитание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по вопросам отношений	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по вопросам алкоголя и наркотических веществ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Профессионально-техническое обучение	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Планирование переходного периода	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Помощь с трудоустройством	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по вопросам карьеры	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Первичная врачебная помощь	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Стоматологическое обслуживание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по пособиям	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	Полностью согласен (-а)	Согласен (-а)	Не согласен (-а)	Категорически не согласен (-а)	Не применяется
Психиатрическая консультация	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Логопедия/логотерапия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Реабилитация	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Физиотерапия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Тренировка социальных навыков	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Поведенческая поддержка	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Индивидуальные занятия (например, поддержка координаторов, помощь в участии в жизни общины, поддержка сотрудников общины, помощь с личной гигиеной)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Координация поддержки	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ведение больного	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Услуги невролога	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Контроль приема лекарств	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Половое воспитание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по вопросам отношений	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по вопросам алкоголя и наркотических веществ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Профессионально-техническое обучение	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Планирование переходного периода	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Помощь с трудоустройством	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по вопросам карьеры	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Первичная врачебная помощь	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Стоматологическое обслуживание	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Консультирование по пособиям	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Испытывали ли вы какие-либо препятствия при получения услуг здравоохранения и образования?

Да

Нет

Если да, что из указанного усложнило вам доступ к услугам? **Выберите все подходящие варианты.**

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

У вас есть доступная система официальной связи? (Например, система общения с помощью обменакарточками/картинками, планшет, устройство генерации речи или другие дополнительные системы коммуникации). Да Нет Другое _____

Если да, укажите где вы пользуетесь этой системой. **Выберите все подходящие варианты.**

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Дома | <input type="checkbox"/> В школе | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> На работе | <input type="checkbox"/> В сообществе | |

Раздел 14

Вам удобно ответить на некоторые вопросы, касающиеся гендерной идентичности?

- Да Нет

ЕСЛИ ДА, ОТВЕЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НА НИЖЕУКАЗАННЫЕ ВОПРОСЫ. В ПРОТИВНОМ СЛУЧАЕ ПЕРЕЙДИТЕ К РАЗДЕЛУ 15.

Ваш пол при рождении?

- Мужской Женский Гермафродит Предпочитаю не отвечать

Вы определяете себя как трансгендера и/или как гендерно неконформного?

- Да Нет Предпочитаю не отвечать

Как вы обычно добираетесь к месту назначения? Выберите все подходящие варианты.

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

Для каких поездок вам необходим транспорт? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Работа | <input type="checkbox"/> Посещение семьи и друзей |
| <input type="checkbox"/> Образование ли профессиональная подготовка | <input type="checkbox"/> Покупки/ежедневные дела |
| <input type="checkbox"/> Социальная или рекреационная деятельность | <input type="checkbox"/> Тренажерный зал и оздоровительный клуб |
| <input type="checkbox"/> Визиты к медицинскому персоналу | <input type="checkbox"/> Чтобы добраться до остановки автобуса или поезда |
| <input type="checkbox"/> Религиозная деятельность | <input type="checkbox"/> Другое _____ |

В каких из указанных ситуаций у вас возникают проблемы при передвижении пешком? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Пересечение улицы | <input type="checkbox"/> Слишком много людей на тротуаре |
| <input type="checkbox"/> Оценка расстояния и/или скорости автомобилей | <input type="checkbox"/> Слишком много машин или слишком активное движение |
| <input type="checkbox"/> Прогулки в районах без тротуаров (по траве или по улицам) | <input type="checkbox"/> Трудности с определением направлений/маршрута |
| <input type="checkbox"/> Отвлекаюсь во время ходьбы | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| | <input type="checkbox"/> Нет проблем с пешими прогулками |

Что осложняет ваше пользование общественным транспортом? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Не доступно в моем районе | <input type="checkbox"/> Сложности с планированием поездки общественным транспортом |
| <input type="checkbox"/> Сложности с добиранием до автобусной остановки/железнодорожной станции без сторонней помощи | <input type="checkbox"/> Общественный транспорт не является надежным |
| <input type="checkbox"/> Сложности с посадкой и высадкой в автобусах и поездах | <input type="checkbox"/> Беспokoюсь о преступности в общественном транспорте |
| <input type="checkbox"/> Общественный транспорт недоступен, когда надо | <input type="checkbox"/> Беспokoюсь об отсутствии свободных сидячих мест в автобусе/поезде |
| <input type="checkbox"/> Общественный транспорт не ездит туда, куда мне надо | <input type="checkbox"/> Меня беспокоит дружелюбие / готовность помочь водителей общественного транспорта |
| <input type="checkbox"/> Требуется слишком много пересадок | <input type="checkbox"/> Беспokoюсь, как другие пассажиры будут относиться ко мне |
| <input type="checkbox"/> Общественный транспорт слишком дорогой | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Родители/опекуны против того, чтобы я пользовался (-лась) общественным транспортом | <input type="checkbox"/> Нет проблем с общественным транспортом |

Раздел 16

Следующий вопрос — о некоторых аспектах ваших отношений. Как часто у вас возникают трудности в налаживании отношений с...

	Всегда	Иногда	Никогда	Не применяется
Родителем (-ями) или опекуном (-ами)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Братьями и сестрами	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Родственниками (бабушки и дедушки, тети, дяди, и т.д.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Другими людьми, которые посещают ваш дом	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Раздел 17

Вы в составе инициативной группы или группы поддержки?

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

Если да, то онлайн или лично?

- Онлайн Лично Оба варианта

Если да, то почему вы участвуете в этой группе? **Выберите все подходящие варианты.**

- Дружба/социализация Чтобы привлечь внимание общественности Отстаивание интересов/ чтобы изменить ситуацию
- Поиск информации По рекомендации Другое _____
- Схожие интересы/опыт

Если нет, почему? **Выберите все подходящие варианты.**

- Транспортировка Нехватка времени Не вписываюсь в коллектив
- Не в моем районе/слишком далеко Не по возрасту/интересам Денежные затраты / стоимость членства
- Не интересно Другое _____

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