

ĐÁNH GIÁ NHU CẦU PA CỦA CHỨNG BỆNH TỰ KỶ

Cám ơn bạn đã tham gia hoàn tất khảo sát này. Thuật ngữ bệnh tự kỷ được sử dụng trong suốt khảo sát này có nghĩa là Rối Loạn Phổ Tự Kỷ (ASD). 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 hoặc 1-877-231-4244 nếu bạn có câu hỏi thắc mắc.

Phần 1

Nhóm nào phù hợp với giới tính của bạn nhất?

Nam Nữ Khác

Chủng tộc / sắc tộc của bạn là gì? Chọn tất cả nếu thích hợp.

Người bản xứ Mỹ hoặc người bản xứ Alaska Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi Người Hàn Quốc
 Người Ấn Độ Châu Á Người Hoa Người bản xứ Hawaii
 Người Caucasia / Người Mỹ gốc Âu Người Phillipin Người Việt
 Người Mỹ gốc Tây Ban Nha hoặc người La-tin Khác _____
 Người Nhật Không thích trả lời

Mã zip 5 số của bạn là gì?

Bạn sinh vào tháng năm nào?

Tháng sinh (tháng) _____ Năm sinh (năm) _____

Câu nào sau đây mô tả đúng nhất tình trạng hôn nhân hiện tại của bạn?

Đã kết hôn Chưa bao giờ kết hôn Không thích trả lời
 Góa Li thân / li dị

Bạn có con không?

Có Không, tôi không muốn có con
 Không, nhưng đang có kế hoạch có con Không thích trả lời
 Không, chưa quyết định về việc có con

Câu nào sau đây gần đúng nhất với thu nhập hàng năm của bạn từ công việc?

\$0-\$10,000 \$40,001-\$50,000 \$80,001-\$90,000
 \$10,001-\$20,000 \$50,001-\$60,000 \$90,001-\$100,000
 \$20,001-\$30,000 \$60,001-\$70,000 \$100,000 +
 \$30,001-\$40,000 \$70,001-\$80,000

Bạn có thú nuôi (bao gồm động vật phục vụ) không?

Có Không

Bạn có người thân nào mắc chứng bệnh tự kỷ không?

Có Không Không chắc

Nếu có, người thân nào được chẩn đoán mắc chứng bệnh tự kỷ? Chọn tất cả nếu thích hợp.

Cha/mẹ Cô / dì / chú / bác Con trai / con gái
 Anh / Chị em Anh chị em họ Khác _____
 Ông / bà cháu gái /
Cháu trai

Phần 2

So với 12 tháng trước, theo bạn sức khỏe tổng quát của bạn là:

Khá hơn Tệ hơn Không thay đổi

Vui lòng giải thích sự chọn lựa của bạn:

Kể từ lần bạn thăm khám với nha sĩ mới đây nhất 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 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

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 bạn:

Phần 3

Bạn có từng được chẩn đoán mắc bất kỳ chứng bệnh nào sau đây 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 |

Bạn bao nhiêu tuổi khi được chẩn đoán mắc chứng bệnh tự kỷ?

Tuổi Không chắc

Phần 4

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 _____ |

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 Khước từ hợp nhất)
- Danh sách quan tâm thông qua Phòng Dịch Vụ Bệnh Tự Kỷ (BAS - Khước Từ Bệnh Tự Kỷ Ở Người Lớn hoặc ACAP)
- Cả hai
- Không điều nào
- Không chắc

Bạn hiện có tham gia bất kỳ Khước Từ / Chương Trình Hỗ Trợ Y Tế không? Xin đừng quên điền đầy đủ vào cả hai cột.

	Tôi ghi danh khước từ này		Tôi muốn biết thêm thông tin về khước từ này	
	Có	Không	Có	Không
Khước từ bệnh tự kỷ ở người lớn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chương Trình Bệnh Tự Kỷ Trong Cộng Đồng Người Lớn (ACAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khước từ hợp nhất	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khước từ P/FDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khước từ OBRA	<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"/>

Phần 5

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 thích trả lời

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

Có Không Không thích trả lời

Phần 6

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

Có, _____ lần Không Không thích trả lời

Trong năm qua, 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

NẾU BẠN TRẢ LỜI CÓ CHO VIỆC VÀO BỆNH VIỆN HOẶC MÔI TRƯỜNG TƯƠNG TỰ NHƯ BỆNH VIỆN, VUI LÒNG TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI SAU ĐÂY DỰA TRÊN LẦN VÀO VIỆN GẦN ĐÂY NHẤT CỦA BẠN. NẾU KHÔNG, VUI LÒNG BỎ QUA ĐẾN PHẦN 7.

Bạn vào bệnh viện hoặc môi trường tương tự như bệnh viện vì những/lý do gì?

Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hung hăng | <input type="checkbox"/> Hành vi tự làm thương tổn |
| <input type="checkbox"/> Lo lắng | <input type="checkbox"/> Âm ảnh |
| <input type="checkbox"/> Hành vi ngang ngạnh / Chống đối | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Trầm cảm | <input type="checkbox"/> Không chắc |
| <input type="checkbox"/> Chạy khỏi nhà / trường học | <input type="checkbox"/> Không thích trả lời |

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

	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"/>

Bạn vào viện như thế nào?

Tôi tự vào viện (201, điều trị tình nguyện) Tôi được đưa vào viện trái ý muốn (302, điều trị không tình nguyện) Không thích trả lời

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 bạn 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 bạn vì lý do hành vi hoặc tâm thần.

Phần 7

Bạn có từng có bất kỳ tương tác nào sau đây với cảnh sát / hệ thống tư pháp không? **Chọn tất cả nếu phù 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 |

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 bạn với cảnh sát hoặc nhân viên hệ thống tư pháp khác hoặc là nạn nhân của tội phạm.

Phần 8

Bạn hiện có đi làm không? Vui lòng chỉ bao gồm những vị trí được trả lương.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Có, làm việc toàn thời gian (35 giờ một tuần hoặc hơn) | <input type="checkbox"/> Không, nhưng hiện đang kiếm việc làm |
| <input type="checkbox"/> Có, làm việc bán thời gian (dưới 35 giờ một tuần) | <input type="checkbox"/> Không, tôi nghỉ hưu |
| | <input type="checkbox"/> Không, tôi không nghỉ hưu và không tìm việc làm |

Nếu có, bạn có loại công việc nào?

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

Nếu không, bạn có từng có một công việc không?

- Có Không Không chắc Không thích trả lời

Bạn bắt đầu làm việc khi mấy tuổi?

Bạn đã sử dụng điều nào sau đây để tìm việc làm. **Chọn tất cả nếu thích hợp.**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nhân viên tư vấn trường học | <input type="checkbox"/> Kết nối cha / mẹ / người thân | <input type="checkbox"/> Hỗ trợ việc làm từ chương trình khước từ hoặc chương trình khác |
| <input type="checkbox"/> Tìm kiếm trên Internet | <input type="checkbox"/> Truyền miệng | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Hội chợ việc làm | <input type="checkbox"/> Văn phòng Nhân viên tư vấn | <input type="checkbox"/> Không thích hợp (Không tìm việc làm) |
| <input type="checkbox"/> Báo | <input type="checkbox"/> Khôi phục Nghề Nghiệp (OVR) | |

Vui lòng hoàn tất các câu sau đây về quy trình tìm việc làm.					
	Rất khó	Khó	Dễ dàng	Rất dễ dàng	
Tìm cơ hội việc làm là...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Điền mẫu đơn xin việc là...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tạo bản lý lịch xin việc là...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Được chủ lao động tiềm năng phỏng vấn tôi là...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Phỏng vấn là...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tìm phương tiện đi lại phỏng vấn là...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Theo dõi sau phỏng vấn là...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vui lòng cho biết mức độ đồng ý của bạn với các câu sau đây về việc làm của bạn.					
	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không thích hợp
Tôi cảm thấy thoải mái khi làm việc trong môi trường nhóm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi cảm thấy thoải mái khi hỏi đồng nghiệp thông tin hoặc đề nghị trợ giúp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi cảm thấy thoải mái khi hỏi nhân vật có quyền hạn thông tin hoặc đề nghị trợ giúp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi cảm thấy thoải mái khi hỏi nhân vật có quyền hạn xin nghỉ việc..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi cảm thấy thoải mái khi đề nghị các tiện nghi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vui lòng cho chúng tôi biết mức độ đồng ý hay không đồng ý của bạn đối với các câu sau đây về nơi làm việc hiện tại hoặc gần đây nhất của bạn.					
	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không thích hợp
Kỹ năng của tôi không được tận dụng.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiền lương của tôi công bằng.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi được nhận tiền nghỉ / hỗ trợ cho chứng bệnh tự kỷ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Những người ở nơi làm việc của bạn có biết rằng bạn mắc chứng bệnh tự kỷ không?					
<input type="checkbox"/> Có, mọi người đều biết		<input type="checkbox"/> Có, nhưng chỉ bạn bè / đồng nghiệp của tôi biết		<input type="checkbox"/> Không	
<input type="checkbox"/> Có, nhưng chỉ người giám sát của tôi biết		<input type="checkbox"/> Không thích hợp (Hiện tại tôi không làm việc)			

Nếu không, tại sao? Chọn tất cả nếu thích hợp.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tôi không biết cách nói với họ như thế nào | <input type="checkbox"/> Tôi sợ bị đánh giá |
| <input type="checkbox"/> Tôi không muốn được đối xử khác biệt | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Tôi cảm thấy không cần thiết | <input type="checkbox"/> Không thích trả lời |

Phần 9

Điều kiện sống hiện tại của bạn như thế nào?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sống một mình không có 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"/> Sống một mình có sự hỗ trợ (tiền thuê nhà hoặc sở hữu) | <input type="checkbox"/> Trong nhà tập thể |
| <input type="checkbox"/> Với bạn cùng phòng / vợ/chồng (tiền thuê nhà hoặc sở hữu) | <input type="checkbox"/> Vô gia cư |
| <input type="checkbox"/> Với cha mẹ hoặc người thân khác | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

Bạn sống trong điều kiện hiện tại này bao lâu rồi?

- Suốt cuộc đời 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 mình như thế nào?

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

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

- Rất khó Hơi khó Hoàn toàn không khó

Đóng lộn xộn trong nhà của bạn thường xuyên làm cản trở hoạt động hàng ngày của bạn như thế nào? (Ví dụ như không thể tìm thấy tài liệu, hoặc đồ dùng cá nhân khác, hoặc vấn đề khi đi lại trong không gian của bạn.)

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

Phần 10

Bạn hiện có đi học không?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Có, Trung học phổ thông | <input type="checkbox"/> Có, cao học | <input type="checkbox"/> Không, nhưng muốn đi học |
| <input type="checkbox"/> Có, cao đẳng hai năm | <input type="checkbox"/> Có, trường dạy nghề / kỹ thuật | <input type="checkbox"/> Không |
| <input type="checkbox"/> Có, đại học bốn năm | | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

Nếu không, 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 | |

NẾU BẠN HIỆN ĐANG ĐI HỌC, VUI LÒNG TRẢ LỜI CÂU HỎI SAU ĐÂY. NẾU KHÔNG, VUI LÒNG BỎ QUA ĐẾN PHẦN 11.

Tình trạng đăng ký học của bạn là gì?

- Toàn thời gian Bán thời gian Không chắc

Bạn tham gia lớp học trực tiếp hay trực tuyến?

- Các lớp trực tiếp Các lớp trực tuyến Cả lớp trực tiếp và trực tuyến

Vui lòng cho biết các hoạt động sau đây đã giúp bạn phát triển tình bạn như thế nào.

	Tình bạn rất vững chắc	Tình bạn bình thường	Không có tình bạn	Không tham gia
Hướng dẫn đồng trang lứa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nhóm học sinh hoặc câu lạc bộ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gặp gỡ mọi người trong lớp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gặp gỡ mọi người trong ký túc xá hoặc khu nhà ở của bạn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Truyền thông xã hội	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thể thao nội bộ và câu lạc bộ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các sự kiện xã hội khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bạn có biết có hỗ trợ và / hoặc nguồn tài nguyên dành cho học sinh khuyết tật ở trường của bạn không?

Có, nhưng tôi không sử dụng Có, và tôi có sử dụng Không Không chắc

Trường học có xác định rằng bạn cần các tiện nghi (ví dụ như dạy kèm, nhà ở đặc biệt, tư vấn) không?

Có Không Không chắc

Vui lòng cho chúng tôi biết về nhu cầu giáo dục của bạn. Xin đừng quên điền đầy đủ cả hai cột.

	Bạn có đang nhận dịch vụ này không?		Bạn có cần thêm về dịch vụ này không?	
	Có	Không	Có	Không
Nhà ở đặc biệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hỗ trợ làm bài kiểm tra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tư vấn học tập	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hỗ trợ ghi chú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dạy kèm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hướng dẫn bạn bè / hỗ trợ xã hội	<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"/>

Kế hoạch sau khi tốt nghiệp của bạn là gì? Chọn tất cả nếu thích hợp.

Tiếp tục học (để lấy bằng) Tình nguyện viên
 Tìm việc Tôi không biết
 Dành thời gian nghỉ ngơi (đi du lịch hoặc khác) Khác

Phần 11

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

Chọn tất cả nếu thích hợp.

	Biết	Tham gia	Cần thêm thông tin	Không thích hợp
Văn phòng khôi phục nghề nghiệp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phúc lợi An Sinh Xã Hội	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Phần 12

Trong tháng qua, trung bình bạn dành bao nhiêu ngày một tuần với bạn bè ngoài giờ học hoặc làm việc?

0 1 2 3 4 5 6 7 Không thích trả lời

Trong 12 tháng qua, bạn có tham gia bất kỳ hoạt động nhóm nào ngoài giờ học, như nhóm thanh niên hoặc nhóm thể thao cộng đồng không?

Có Không Không chắc

Nếu có, bao nhiêu nhóm mà bạn tham gia chỉ có những người khuyết tật?

0 1 2 3 4+

Vui lòng cho biết những thử thách sau đây có cản trở hoặc ngăn cản 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"/>

Vui lòng mô tả mức độ hài lòng của bạn với các mối quan hệ sau đây.

	Tôi không có, nhưng muốn...	Tôi có, nhưng muốn nhiều hơn / tốt hơn...	Tôi hài lòng với...	Không thích hợp	Không thích trả lời
Bạn bè để tâm sự	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bạn bè để giao du	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mối quan hệ với cha mẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mối quan hệ với anh chị em ruột	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mối quan hệ với con của bạn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mối quan hệ với người quan trọng khác (ví dụ như vợ/chồng, đối tác)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Người quen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các mối quan hệ khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hãy cho chúng tôi biết từng câu sau đây mô tả suy nghĩ của bạn thường xuyên như thế nào.

	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Không bao giờ	Không thích trả lời
Tôi không có ai để trò chuyện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mối quan tâm và ý tưởng của bạn không được chia sẻ bởi những người xung quanh tôi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi khó có thể kết bạn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--

Bạn có tham gia những hoạt động sau đây không? <i>Xin đừng quên điền đầy đủ cả hai cột.</i>			
	Tôi tham gia hoạt động này		Nếu có, vui lòng cho biết bạn tham gia bao nhiêu giờ một tuần.
	Không	Có	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 lật vật / 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. *Xin đừng quên điền đầy đủ cả hai cột.*

	Bạn có thực hiện hoạt động này không?			Hoạt động này có quan trọng với bạn không?	
	Đủ	Không đủ	Quá nhiều	Điều này quan trọng đối với tôi	Điều này không quan trọng đối với tôi
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, đánh gôn mini, v.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đến tổ chức hoạt động tự ủng hộ hoặc 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"/>

Phần 13

Vui lòng cho chúng tôi biết về nhu cầu dịch vụ y tế và giáo dục của bạn. Vui lòng chọn xem bạn có đang nhận dịch vụ, và liệu bạn có cần thêm về dịch vụ được liệt kê không. *Xin đừng quên điền đầy đủ cả hai cột.*

	Bạn có đang nhận dịch vụ này không?		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 điều phối viên hỗ trợ, nhân viên hòa nhập cộng đồng, chuyên gia hỗ trợ cộng đồng, nhân viên chăm sóc cá nhân)	<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"/>
Quản lý trường hợp	<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"/>
Tư vấn sử dụng thuốc và rượu	<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"/>
Tư vấn về phúc lợi	<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 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 điều phối viên hỗ trợ, nhân viên hòa nhập cộng đồng, chuyên gia hỗ trợ cộng đồng, nhân viên chăm sóc cá nhân)	<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"/>
Quản lý trường hợp	<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"/>
Tư vấn sử dụng thuốc và rượu	<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"/>
Tư vấn về phúc lợi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bạn có trải qua bất kỳ rào cản nào khi nhận dịch vụ y tế và giáo dục chuyên khoa không?	
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Nếu có, những lựa chọn nào khiến bạn khó nhận những dịch vụ này? <u>Chọn tất cả nếu thích hợp.</u>	
<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 nhà cung cấp dịch vụ trong khu vực	<input type="checkbox"/> Nhà cung cấp trong khu vực không thăm khám cho những người có chẩn đoán sức khỏe tâm thần
<input type="checkbox"/> Không có đủ nhà cung cấp dịch vụ trong khu vực	<input type="checkbox"/> Khác _____
<input type="checkbox"/> Chi phí dịch vụ / Bảo hiểm của tôi không bao trả cho các dịch vụ có sẵn	
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.)	
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Khác
Nếu có, vui lòng chọn nơi bạn sử dụng hệ thống giao tiếp này. <u>Chọn tất cả nếu thích hợp.</u>	
<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 14	
Bạn có cảm thấy thoải mái khi trả lời một số câu hỏi về nhận dạng giới tính của mình không?	
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
NẾU CÓ, VUI LÒNG TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI DƯỚI ĐÂY. NẾU KHÔNG, VUI LÒNG BỎ QUA ĐẾN PHẦN 15.	
Giới tính của bạn khi được sinh ra là gì?	
<input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Chuyển giới tính <input type="checkbox"/> Không thích trả lời
Bạn có nhận biết là chuyển giới tính và / hoặc không phù hợp về giới tính không?	
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không thích trả lời
Phần 15	
Về phương tiện đi lại, bạn thường đến nơi cần đến bằng gì? <u>Chọn tất cả nếu thích hợp.</u>	
<input type="checkbox"/> Tự lái xe đến nơi chăm sóc cá nhân	<input type="checkbox"/> Sử dụng xe tư nhân với người lái xe tình nguyện
<input type="checkbox"/> Sử dụng xe tư nhân với cha mẹ hoặc gia đình	<input type="checkbox"/> Phương tiện công cộng
<input type="checkbox"/> Sử dụng xe tư 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
Bạn sử dụng phương tiện đi lại nhằm mục đích gì? <u>Chọn tất cả nếu thích hợp.</u>	
<input type="checkbox"/> Làm việc / đi làm	<input type="checkbox"/> Thăm gia đình và bạn bè
<input type="checkbox"/> Đào tạo giáo dục, việc làm, hoặc công việc	<input type="checkbox"/> Mua sắm / chạy việc vặt hàng ngày
<input type="checkbox"/> Các hoạt động xã hội hoặc giải trí	<input type="checkbox"/> Câu lạc bộ thể thao hoặc sức khỏe
<input type="checkbox"/> Cuộc hẹn y tế và chăm sóc sức khỏe	<input type="checkbox"/> Đến trạm xe buýt hoặc trạm xe lửa
<input type="checkbox"/> Các hoạt động tôn giáo	<input type="checkbox"/> Khác
Khi đi loanh quanh, bạn gặp khó khăn với những tình huống nào sau đây? <u>Chọn tất cả nếu thích hợp.</u>	
<input type="checkbox"/> Băng qua đường	<input type="checkbox"/> Quá nhiều người trên vỉa hè
<input type="checkbox"/> Đánh giá khoảng cách và/hoặc tốc độ của xe	<input type="checkbox"/> Quá nhiều xe hoặc quá nhiều giao thông

- Đi lại trong các khu vực không có vỉa hè (trên cỏ hoặc trên đường) Khó xác định hướng / lộ trình
- Xử lý với các xao lãng trong khi đi lại Khác _____
- Không gặp khó khăn khi đi lại

Điều nào sau đây khiến bạn khó sử dụng phương tiện công cộng? Chọn tất cả nếu thích hợp.

- Không có trong khu vực của tôi Khó lập kế hoạch để sử dụng phương tiện giao thông
- Khó đến trạm xe buýt / xe lửa mà không có trợ giúp Dịch vụ đi lại công cộng không đáng tin cậy
- Khó lên / xuống xe lửa hoặc xe buýt Lo lắng về tội phạm trên phương tiện công cộng
- Dịch vụ đi lại công cộng không có khi cần Lo lắng về việc tìm chỗ ngồi trên xe buýt / xe lửa
- Phương tiện công cộng không đi đến nơi tôi cần đến Lo lắng về mức độ thân thiện / giúp ích của người lái phương tiện công cộng
- Quá nhiều trạm chuyển đổi cần thiết Lo lắng về cách các hành khách khác trên phương tiện công cộng đối xử với bạn
- Chi phí phương tiện công cộng quá đắt Khác _____
- Cha mẹ/ người giám hộ không muốn tôi sử dụng phương tiện công cộng Không gặp khó khăn với phương tiện công cộng

Phần 16

Câu hỏi sau đây là về một số phần trong các mối quan hệ của bạn. Bạn có thường gặp khó khăn khi 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 của bạn	<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"/>
Người khác đến chơi nhà bạn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Phần 17

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 có, là trực tuyến hay trực tiếp?

- Trực tuyến Trực tiếp Cả hai

Nếu có, tại sao bạn là một phần của nhóm này? Chọn tất cả nếu thích hợp.

- Tình bạn / Hòa nhập xã hội Nâng cao ý thức Ủng hộ / Tạo sự khác biệt
- Tìm kiếm thông tin Một người giới thiệu cho tôi Khác
- Mối quan tâm / trải nghiệm tương tự

Nếu không, tại sao? Chọn tất cả nếu thích hợp.

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

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