



1.) В какой возрастной группе вы:

- От 0 до 15 (Дети) От 26 до 59 (Взрослые) предпочитаю не отвечать
- От 16 до 25 (Молодые люди на стадии перехода из-под государственной опеки или патронатного воспитания к самостоятельной жизни) Старше 60 (Другие взрослые)

2.) Ваша раса/этническая принадлежность (отметить все подходящие варианты):

- Африканец/Афроамериканец/Черный Азиат Белый
- Афроамериканец Индеец/житель Юговосточной Азии Уроженец Восточной Европы
- Африканец (указать) _____ Китаец Европейец
- Другой африканец/черный Камбоджиец Уроженец Ближнего Востока
- (указать) _____ Филипинец Русский
- Американский индеец или коренной житель Аляски Японец Украинец
- Коренной житель Аляски Кореец Другой белый/представитель европеоидной расы
- Американский индеец (указать) _____ Вьетнамец Другая (указать) _____
- Испанского происхождения/латиноамериканец Другой азиат (указать) _____ Предпочитаю не отвечать
- Уроженец Карибских островов Уроженец тихоокеанских островов Коренной Гаваец тихоокеанских островов (указать) _____
- Житель Центральной Америки мексиканского происхождения/Чикано Уроженец Пуэрто-Рико
- Уроженец Пуэрто-Рико Житель Южной Америки испаноговорящий/латиноамериканец (указать) _____

3.) Какой язык вы предпочитаете? (выбрать все подходящие варианты)

- Устный | Письменный
- Английский
- Испанский
- Русский
- Другой _____

Продолжение на обратной стороне →



4.) Ваша сексуальная ориентация:

- Гей/лесбиянка Бисексуал Предпочитаю не отвечать
 Гетеросексуал/традиционная ориентация Нетрадиционная ориентация
 Сомневаюсь/не уверен в своей сексуальной ориентации Другая сексуальная ориентация

5a.) Есть ли у вас инвалидность?

Инвалидностью считается физическое или психическое нарушение или медицинское состояние, которое длится не менее 6 месяцев, существенно ограничивает жизнедеятельность, и которое не

- Да Нет Предпочитаю не отвечать

5b.) Если вы ответили да на пункт 5a., пожалуйста, помогите нам классифицировать вашу инвалидность (отметьте все подходящие варианты)

Общение

- Проблемы со зрением
 Проблемы со слухом или с пониманием речи

Другое, объяснить: _____

Психическая, не считая психических заболеваний

(Включает, без ограничений, нарушения обучаемости, нарушения развития и деменцию)

Физическая подвижность

Хронические заболевания (включая, без ограничений, хронические боли)

Другое, отметить: _____

6.) Являетесь ли вы ветераном или служили ли вы в армии?

- Да Нет Предпочитаю не отвечать

7.) Ваш биологический пол:

- Женщина Мужчина Предпочитаю не отвечать

8.) Укажите свою гендерную идентичность:

- Женщина Сомневаюсь/не уверен в своей сексуальной ориентации
 Мужчина Другая гендерная идентичность
 Трансгендер Предпочитаю не отвечать
 Гендерквир

9.) Помогите нам определить, какое вы имеете отношение к программе психического здоровья:

- Пациент/потребитель психиатрических услуг Неприменимо
 Член семьи пациента, получающего психиатрические услуги Предпочитаю не отвечать

Продолжение на обратной стороне



Служба Здравоохранения и Социальных Услуг Округа Йоло | Закон о Психиатрическом Обслуживании
Демографический опросник Программы предотвращения и раннего вмешательства

Комментарии:

Спасибо, что предоставили информацию для данного опросника!