



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

Продолжение на обратной стороне →

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ:

Дата: _____

Название программы: _____

* Заметьте этот вопрос, не применимый для детей младше 12 лет, и несовершеннолетних до 18 лет.



3а.) На каком языке вы хотите чтобы мы писали вам?

- Английский Испанский Русский
 Другой _____

3б.) На каком языке вы хотите чтобы мы говорили с вами?

- Английский Испанский Русский
 Другой _____

***4.) Ваша сексуальная ориентация:**

- Гей/лесбиянка Бисексуал Предпочитаю не отвечать
 Гетеросексуал/традиционная ориентация Нетрадиционная ориентация Я несовершеннолетний, который освобождается от ответа на этот вопрос.
 Сомневаюсь/не уверен в своей сексуальной ориентации Другая сексуальная ориентация

5а.) 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 является результатом тяжелого психического заболевания.

- Да Нет Предпочитаю не отвечать

5б.) Если вы ответили да на пункт 5а., 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
 Я несовершеннолетний, который освобождается от ответа на этот вопрос.

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 Предпочитаю не отвечать
 Я несовершеннолетний, который освобождается от ответа на этот вопрос.



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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Пациент/потребитель психиатрических услуг | <input type="checkbox"/> Неприменимо |
| <input type="checkbox"/> Член семьи пациента, получающего психиатрические услуги | <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать |

10.) Где вы проживаете?

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brooks | <input type="checkbox"/> Knights Landing | <input type="checkbox"/> Woodland |
| <input type="checkbox"/> Clarksburg | <input type="checkbox"/> Madison | <input type="checkbox"/> Yolo |
| <input type="checkbox"/> Davis | <input type="checkbox"/> Sacramento | <input type="checkbox"/> Другое в округе |
| <input type="checkbox"/> Dunnigan | <input type="checkbox"/> (Board and Care) | <input type="checkbox"/> (Укажите) _____ |
| <input type="checkbox"/> Esparto | <input type="checkbox"/> West Sacramento | <input type="checkbox"/> Вне Округа |
| <input type="checkbox"/> Guinda | <input type="checkbox"/> Winters | <input type="checkbox"/> Бездомный |