

Ответы на следующие вопросы даются добровольно и будут храниться с соблюдением требования конфиденциальности. Мы просим Вас указать свою расовую и этническую принадлежность, язык общения и уровень Ваших способностей для того, чтобы мы могли выявить и решить проблемы, связанные с поддержанием Вашего здоровья и предоставлением Вам необходимого обслуживания.

Вы можете получить текст этого документа на другом языке, набранный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочитаемом вами формате. Мы принимаем все звонки по линии трансляционной связи, или Вы можете позвонить по номеру 711. Пожалуйста, обращайтесь _____ по _____

Сегодняшнее число: _____ Номер медицинской записи (если применимо): _____

Имя: _____ Инициал отчества: _____ Фамилия: _____ Дата рождения: _____

Расовая и этническая принадлежность

1. Как Вы определите свою **расовую, этническую, племенную принадлежность, страну происхождения или своё происхождение?**

2. Что из нижеперечисленного описывает Ваше **расовое или этническое происхождение?** Пожалуйста, отметьте **ВСЕ** применимые варианты.

Испаноязычный или латиноамериканец

- Выходец из стран Центральной Америки
- Мексиканец
- Выходец из стран Южной Америки
- Испаноговорящий или латиноамериканец другого происхождения

Коренной житель Гавайских островов и житель Тихоокеанских островов

- Чаморро (коренной житель острова Чаморро)
- Коренной житель Маршалловых островов
- Сообщества Микронезийского региона
- Коренной житель Гавайских островов
- Коренной житель островов Самоа
- Житель других островов Тихого океана

Европеец

- Выходец из стран Восточной Европы

- Славянин
- Выходец из стран Западной Европы
- Представитель другой европеоидной расы

Американский индеец и коренной житель Аляски

- Американский индеец
- Коренной житель Аляски
- Канадский инуит, метис или представитель «Первой нации»
- Выходец из Мексики, Центральной Америки или Южной Америки

Чернокожий и афроамериканец

- Афроамериканец
- Африканец карибского происхождения
- Эфиоп
- Сомалиец
- Африканец другого происхождения (чернокожий).
- Чернокожий другого происхождения

Выходец из стран Ближнего Востока/Северной Африки

- Выходец из стран Ближнего Востока

- Выходец из стран Северной Африки

Азиат

- Азиатский индус
- Камбоджиец
- Китаец
- Представитель сообществ Мьянмы
- Филиппинец
- Хмонг
- Японец
- Кореец
- Лаосец
- Выходец из стран Юго-Восточной Азии
- Вьетнамский
- Выходец из других стран Азии

Прочие категории

- Другое (пожалуйста, перечислите)

- Не знаю

- Предпочитаю не отвечать

(To be filled in by agency or clinic staff)

Agency or clinic: _____ Agency staff or provider name or ID: _____

Phone: _____ Address: _____

4. если Вы отметили **несколько** категорий выше, считаете ли Вы какую-либо **одну** из них в качестве Вашей **основной** расовой или этнической принадлежности?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Да. Пожалуйста, обведите свою основную расовую или этническую принадлежность, указанную выше. | <input type="checkbox"/> Не относится. Я отметил(-а) только одну категорию выше. |
| <input type="checkbox"/> Я не причисляю себя к одной основной расовой или этнической принадлежности. | <input type="checkbox"/> Не знаю |
| <input type="checkbox"/> Нет. Я считаю себя лицом, имеющим два или несколько происхождений. | <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать |

Язык (услуги устных переводчиков предлагаются бесплатно)

4a. На каком языке или языках Вы разговариваете дома)? _____

Перейдите к вопросу 7, если Вы указали только английский

4b. На каком языке Вы предпочитаете общаться с нами **лично, по телефону или дистанционно**?

4c. На каком языке Вы хотите получать от нас **письма**? _____

5a. Нуждаетесь ли Вы в услугах **устного переводчика** для того, чтобы мы могли общаться с Вами?

- Да Нет Не знаю Предпочитаю не отвечать

5b. Если Вы желаете получить услуги переводчика или нуждаетесь в них, укажите, услуги какого вида перевода Вы предпочитаете.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Услуги устного переводчика | <input type="checkbox"/> Услуги переводчика для слепоглухонемых и глухонемых, имеющих дополнительные ограничения или и то, и другое |
| <input type="checkbox"/> Услуги переводчика на американский язык жестов | <input type="checkbox"/> Услуги переводчика на язык контактных жестов (PSE) |
| <input type="checkbox"/> Другое (пожалуйста, перечислите): _____ | |

Перейдите к вопросу 7, если Вы не используете язык, кроме английского или языка жестов

6. Насколько хорошо Вы говорите по-английски?

- Очень хорошо Хорошо Не очень хорошо Совсем не говорю Не знаю Предпочитаю не отвечать

Ваши ответы помогут нам определить различия в состоянии здоровья и услугах для лиц, имеющих и не имеющих функциональные трудности. Ваши ответы являются конфиденциальными. (*Пожалуйста, запишите «Я не знаю», если Вам неизвестно о том, когда у Вас началось это состояние, или запишите «Я не желаю отвечать», если Вы не желаете отвечать на вопрос.)		Да	*Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание?	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать	Не понимаю суть этого вопроса
7.	Являетесь ли Вы глухим (-ой) или имеются ли у Вас серьезные нарушения слуха?						
8.	Являетесь ли Вы слепым (-ой) или имеете ли Вы серьезные нарушения зрения, даже если Вы носите очки?						
Пожалуйста, не продолжайте отвечать на вопросы далее, если Вы/лицо не достигли/достигло возраста 5 лет							
9.	Испытываете ли Вы серьёзные трудности при ходьбе или подъеме по лестнице?						
10.	Наблюдаются ли у Вас серьезные трудности с концентрацией внимания, запоминанием или принятием решений в связи с наличием у Вас физического или психического заболевания либо эмоционального расстройства?						
11.	Сталкиваетесь ли Вы с трудностями при одевании или купании?						
12.	Испытываете ли Вы серьезные трудности в обучении выполнению действий, которые способны выполнять большинство лиц Вашего возраста?						
13.	При использовании своего обычного (родного) языка , испытываете ли Вы серьезные трудности в общении (например, в понимании окружающих или выражении своих мыслей таким образом, чтобы окружающие понимали Вас)?						
Пожалуйста, не продолжайте отвечать на вопросы далее, если Вы/лицо не достигли/достигло возраста 15 лет							
14.	Испытываете ли Вы трудности в самостоятельном выполнении таких заданий, как посещение кабинета врача или совершение покупок в связи с наличием у Вас физического или психического заболевания либо эмоционального расстройства?						
15.	Испытываете ли Вы серьезные трудности при перечисленных ниже состояниях: настроении, сильных чувствах, контроле над своим поведением, бреде или галлюцинациях?						