

Инструкции по заполнению анкеты

Ответьте на каждый вопрос, отметив поле слева от Вашего варианта ответа.

Иногда Вам предлагается пропустить некоторые вопросы в этом опросе. В таком случае Вы увидите стрелку с примечанием, указывающим, на какой вопрос отвечать следующим, например:

- ☒₁ Да → **Если да, перейдите к вопросу 1**
☐₂ Нет

Персональные данные, позволяющие установить личность, не будут разглашены и могут быть раскрыты только в соответствии с федеральными законами и нормами.

Вы можете отказаться отвечать на этот опрос. Если Вы решите не отвечать, это не повлияет на преимущества, которые Вы получаете в рамках плана страхования. Вы могли заметить номер на обложке этого опроса. Этот номер используется ТОЛЬКО для того, чтобы узнать, вернули ли Вы анкету опроса, чтобы нам не пришлось отправлять Вам напоминания.

Если Вы хотите подробнее узнать об этом исследовании, позвоните по номеру 1-833-257-1377. Если у Вас есть нарушения слуха или речи, позвоните по номеру 711, чтобы воспользоваться службой коммутируемых сообщений (TRS).

Ответьте на вопросы касательно ребенка, указанного на конверте. При ответах не учитывайте никаких других детей.

1. По нашим данным, в настоящее время Ваш ребенок является участником программы медицинского страхования Oregon Health Plan. Это так?

- ☐₁ Да → **Если да, перейдите к вопросу 3**
☐₂ Нет

2. Как называется план медицинского страхования Вашего ребенка? (Напишите печатными буквами.)

Медицинское обслуживание Вашего ребенка за последние 6 месяцев

Эти вопросы касаются медицинского обслуживания, полученного Вашим ребенком в клиниках, отделениях неотложной помощи или кабинетах врача. Сюда относится помощь, полученная Вашим ребенком лично, по телефону или по видеосвязи. Не учитывайте обслуживание, полученное Вашим ребенком при госпитализации на ночь в больницу. Не учитывайте визиты ребенка к стоматологу.

3. Были ли у Вашего ребенка за последние 6 месяцев болезни, травмы или состояния, требовавшие неотложной помощи?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 5**

4. Когда Вашему ребенку требовалась неотложная помощь, как часто за последние 6 месяцев его обслуживали сразу же, как только это было необходимо?

☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

5. За последние 6 месяцев записывали ли Вы своего ребенка на личный прием, прием по телефону или по видеосвязи для проведения медицинского осмотра или получения планового медицинского обслуживания?

☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 7**

6. Насколько часто за последние 6 месяцев Вы могли записать своего ребенка на прием для проведения медицинского осмотра или получения планового медицинского обслуживания сразу же, как только это было необходимо ребенку?

☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

7. За последние 6 месяцев, не считая тех случаев, когда Ваш ребенок обращался в отделение неотложной помощи, сколько раз он получал медицинскую помощь при личном обращении, по телефону или посредством видеосвязи?

☐₀ Ни одного → **Если ни одного, перейдите к вопросу 11**
☐₁ 1 раз
☐₂ 2
☐₃ 3
☐₄ 4
☐₅ от 5 до 9 раз
☐₆ 10 или более раз

8. За последние 6 месяцев как часто Вы получали ответы на свои вопросы от врачей или других поставщиков медицинских услуг Вашего ребенка?

☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

9. По шкале от 0 до 10, где 0 — самое худшее медицинское обслуживание, а 10 — самое лучшее медицинское обслуживание, как бы Вы оценили все медицинское обслуживание своего ребенка за последние 6 месяцев?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Самое худшее медицинское обслуживание						Самое лучшее медицинское обслуживание				

10. За последние 6 месяцев часто ли Вам было легко получить помощь, обследование или лечение, требовавшиеся Вашему ребенку?

☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

11. Посещает ли Ваш ребенок в настоящее время в какую-либо школу или детский сад?

☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 14**

12. За последние 6 месяцев возникала ли у Вас потребность, чтобы врачи или другие поставщики медицинских услуг Вашего ребенка связались со школой или детским садом по поводу здоровья или медицинского обслуживания Вашего ребенка?

☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 14**

13. За последние 6 месяцев получали ли Вы необходимую помощь от врачей или других поставщиков медицинских услуг Вашего ребенка при контактах со школой или детским садом Вашего ребенка?

☐₁ Да
☐₂ Нет

Специализированные услуги

14. В число специального медицинского оборудования или устройств входят ходунки, кресло-коляска, ингалятор, зонды для кормления или кислородная аппаратура. За последние 6 месяцев получали ли Вы или пытались получить какое-либо специальное медицинское оборудование или устройства для своего ребенка?
- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 17**
15. За последние 6 месяцев часто ли Вам было легко получить специальное медицинское оборудование или устройства для своего ребенка?
- ☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда
16. Помогал ли Вам кто-либо из сотрудников плана медицинского страхования, кабинета врача или клиники Вашего ребенка получить специальное медицинское оборудование или устройства для Вашего ребенка?
- ☐₁ Да
☐₂ Нет
17. За последние 6 месяцев получали ли Вы или пытались получить для своего ребенка какие-либо услуги специальной терапии, например физической, трудовой или речевой терапии?
- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 20**
18. За последние 6 месяцев часто ли Вам было легко получить такую терапию для своего ребенка?
- ☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда
19. Помогал ли Вам кто-либо из сотрудников плана медицинского страхования, кабинета врача или клиники Вашего ребенка получить такую терапию для Вашего ребенка?
- ☐₁ Да
☐₂ Нет
20. За последние 6 месяцев получали ли Вы или пытались получить для своего ребенка лечение или консультирование по поводу эмоциональной, поведенческой проблемы или проблемы развития?
- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 23**
21. За последние 6 месяцев часто ли Вам было легко получить такое лечение или консультирование для своего ребенка?
- ☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда
22. Помогал ли Вам кто-либо из сотрудников плана медицинского страхования, кабинета врача или клиники Вашего ребенка получить такое лечение или консультирование для Вашего ребенка?
- ☐₁ Да
☐₂ Нет
23. За последние 6 месяцев получал ли Ваш ребенок помощь от более чем одного типа поставщиков медицинских услуг или пользовался более чем одним видом услуг здравоохранения?
- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 25**
24. За последние 6 месяцев помогал ли кто-либо из сотрудников плана медицинского страхования, кабинета врача или клиники Вашего ребенка координировать медицинскую помощь ребенку от всех этих разных поставщиков и услуг?
- ☐₁ Да
☐₂ Нет

Лечащий врач Вашего ребенка

25. Лекащий врач — это тот, к кому Ваш ребенок обращается, если нужно пройти обследование, возникла проблема со здоровьем или если он заболел или получил травму. Есть ли у Вашего ребенка лечащий врач?

☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 40**

26. Сколько раз за последние 6 месяцев у Вашего ребенка был личный прием, прием по телефону или по видеосвязи у лечащего врача?

☐₀ Ни одного → **Если ни одного, перейдите к вопросу 36**
☐₁ 1 раз
☐₂ 2
☐₃ 3
☐₄ 4
☐₅ от 5 до 9 раз
☐₆ 10 или более раз

- 26а. За последние 6 месяцев как часто Вам было сложно говорить с лечащим врачом Вашего ребенка или понимать его из-за того, что Вы говорите на разных языках?

☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

27. За последние 6 месяцев как часто лечащий врач Вашего ребенка объяснял вещи, касающиеся здоровья ребенка, доступным для понимания способом?

☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

28. За последние 6 месяцев как часто лечащий врач Вашего ребенка внимательно Вас выслушивал?

☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

29. За последние 6 месяцев как часто лечащий врач Вашего ребенка проявлял уважение к тому, что Вы говорили?

☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

30. Может ли Ваш ребенок говорить с врачами о своем медицинском обслуживании?

☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 32**

31. За последние 6 месяцев как часто лечащий врач Вашего ребенка объяснял вещи так, что Вашему ребенку было легко его понять?

☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

32. За последние 6 месяцев как часто лечащий врач Вашего ребенка уделял ему достаточно времени?

☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

33. За последние 6 месяцев беседовал ли лечащий врач Вашего ребенка с Вами о самочувствии, развитии или поведении Вашего ребенка?

☐₁ Да
☐₂ Нет

34. За последние 6 месяцев получал ли Ваш ребенок помощь от другого врача или поставщика медицинских услуг, помимо своего лечащего врача?

☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 36**

35. За последние 6 месяцев как часто лечащий врач Вашего ребенка был информирован и располагал актуальной информацией о медицинской помощи, которую Ваш ребенок получил у таких врачей или других поставщиков медицинских услуг?

☐₁ Никогда

☐₂ Иногда

☐₃ Как правило

☐₄ Всегда

36. По шкале от 0 до 10, где 0 — самый худший лечащий врач, а 10 — самый лучший лечащий врач, как бы Вы оценили лечащего врача Вашего ребенка?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Самый худший лечащий врач

Самый лучший лечащий врач

37. Есть ли у Вашего ребенка какие-либо медицинские, поведенческие нарушения или другие проблемы со здоровьем, длящиеся более 3 месяцев?

☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 40**

38. Понимает ли лечащий врач Вашего ребенка, как эти медицинские, поведенческие нарушения или другие проблемы со здоровьем влияют на повседневную жизнь Вашего ребенка?

☐₁ Да

☐₂ Нет

39. Понимает ли лечащий врач Вашего ребенка, как медицинские, поведенческие нарушения или другие проблемы со здоровьем Вашего ребенка влияют на повседневную жизнь Вашей семьи?

☐₁ Да

☐₂ Нет

Получение медицинской помощи у специалистов

Отвечая на следующие вопросы, учитывайте услуги, полученные Вашим ребенком при личном обращении, по телефону и по видеосвязи. Не учитывайте визиты к стоматологу или обслуживание, полученное Вашим ребенком при госпитализации на ночь в больницу.

40. Специалисты — это такие врачи, как хирурги, кардиологи, аллергологи, дерматологи и другие врачи, которые специализируются в одной области здравоохранения. За последние 6 месяцев записывали ли Вы своего ребенка на прием к специалисту?

☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 44**

41. За последние 6 месяцев как часто Вам удавалось записать ребенка на прием к специалисту сразу же, как только это было необходимо ребенку?

☐₁ Никогда

☐₂ Иногда

☐₃ Как правило

☐₄ Всегда

42. К скольким специалистам Ваш ребенок обращался за последние 6 месяцев?

☐_0 Ни к одному → **Если ни к одному, перейдите к вопросу 44**

☐₁ 1 специалисту

☐₂ 2

☐₃ 3

☐₄ 4

☐₅ 5 или более специалистам

43. Мы хотим узнать, как Вы оцениваете специалиста, к которому Ваш ребенок обращался чаще всего за последние 6 месяцев. По шкале от 0 до 10, где 0 — самый худший специалист, а 10 — самый лучший специалист, как бы Вы оценили этого специалиста?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Самый худший специалист

Самый лучший специалист

План медицинского страхования вашего ребенка

Следующие вопросы касаются Вашего опыта получения обслуживания в рамках плана медицинского страхования Вашего ребенка.

44. За последние 6 месяцев получали ли Вы информацию или помощь от отдела обслуживания участников плана медицинского страхования Вашего ребенка?
- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 47**
45. Как часто за последние 6 месяцев отдел обслуживания участников плана медицинского страхования Вашего ребенка предоставлял Вам необходимую информацию или помощь?
- ☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда
46. За последние 6 месяцев как часто сотрудники отдела обслуживания участников плана медицинского страхования Вашего ребенка относились к Вам вежливо и уважительно?
- ☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда
47. За последние 6 месяцев были ли Вам предоставлены в рамках плана медицинского страхования Вашего ребенка какие-либо формы для заполнения?
- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 49**
48. За последние 6 месяцев как часто Вам было легко заполнять формы, предоставляемые в рамках плана медицинского страхования Вашего ребенка?
- ☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

49. По шкале от 0 до 10, где 0 — самый худший план медицинского страхования, а 10 — самый лучший план медицинского страхования, как бы Вы оценили план медицинского страхования вашего ребенка?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Самый худший план медицинского страхования						Самый лучший план медицинского страхования				

Рецептурные препараты

50. За последние 6 месяцев получали ли Вы рецептурные препараты для своего ребенка или пополняли запас таких препаратов?
- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 52а**
51. За последние 6 месяцев как часто Вам было легко получить рецептурные препараты для своего ребенка в рамках его плана медицинского страхования?
- ☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда
52. Помогал ли Вам кто-либо из сотрудников медицинского центра, кабинета врача или клиники Вашего ребенка получить рецептурные препараты для ребенка?
- ☐₁ Да
☐₂ Нет

Доступ к стоматологической помощи

- 52а. Лечащий стоматолог — это тот стоматолог, к которому Ваш ребенок обращается для регулярного осмотра и профессиональной чистки либо в случае кариеса или зубной боли. Есть ли у Вашего ребенка лечащий стоматолог?
- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 52с**

52b. Оцените постоянного стоматолога Вашего ребенка по шкале от 0 до 10, где 0 означает наихудшего постоянного стоматолога, а 10 — наилучшего?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Наихудший постоянный стоматолог, которого можно себе представить					Наилучший постоянный стоматолог, которого можно себе представить					

52c. За последние 6 месяцев посещал ли Ваш ребенок кабинет стоматолога или стоматологическую клинику для получения стоматологической помощи?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 52f**

52d. За последние 6 месяцев как часто стоматологи или сотрудники стоматологии объясняли Вам, что они делают для лечения Вашего ребенка?

- ☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

52e. Как часто за последние 6 месяцев Вам удавалось записать своего ребенка на прием к стоматологу тогда, когда Вы рассчитывали?

- ☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

52f. Если в течение последних 6 месяцев Вашему ребенку нужно было безотлагательно посетить стоматолога в связи с потребностью в неотложной стоматологической помощи, как часто ему удавалось попасть к стоматологу в удобное для Вас время?

- ☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда
☐₅ У моего ребенка не было потребности в неотложной стоматологической помощи в течение последних 6 месяцев

52g. Как часто за последние 6 месяцев Вам удавалось записать своего ребенка на прием к узкопрофильному стоматологу тогда, когда Вы рассчитывали?

- ☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда
☐₅ За последние 6 месяцев я не пытался (-ась) записать своего ребенка на прием к узкопрофильному стоматологу

52h. Как часто за последние 6 месяцев Вам с ребенком приходилось ждать в приемной встречи с врачом дольше 15 минут?

- ☐₁ Никогда → **Если Никогда, перейдите к вопросу 52j**
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

52i. Если Вам с ребенком приходилось ждать в приемной дольше 15 минут, как часто Вам объясняли, почему возникла задержка и как долго она продлится?

- ☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

52j. По шкале от 0 до 10, где 0 — чрезвычайно сложно, а 10 — чрезвычайно легко, как бы Вы оценили, насколько легко Вам было найти стоматолога для своего ребенка?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Чрезвычайно сложно					Чрезвычайно легко					

☐₁₁ Я не занимался (-лась) поиском стоматолога для своего ребенка

52k. Оцените всю стоматологическую помощь, которую Ваш ребенок получал в течение последних 6 месяцев. Используйте шкалу от 0 до 10, где 0 означает наихудшую стоматологическую помощь, а 10 — наилучшую?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Наихудший						Наилучший				
стоматологическая						стоматологическая				
помощь, которую						помощь, которую				
можно себе						можно себе				
представить						представить				

- ☐₁₁ Мой ребенок не обращался за стоматологической помощью за последние 6 месяцев

О Вас и Вашем ребенке

53. Как бы Вы оценили здоровье своего ребенка в целом?

- ☐₁ Отлично
☐₂ Очень хорошо
☐₃ Хорошо
☐₄ Удовлетворительно
☐₅ Плохо

54. Как бы Вы оценили психическое или эмоциональное здоровье своего ребенка в целом?

- ☐₁ Отлично
☐₂ Очень хорошо
☐₃ Хорошо
☐₄ Удовлетворительно
☐₅ Плохо

55. Нуждается ли Ваш ребенок в настоящее время в каком-либо препарате, назначенном врачом (кроме витаминов), или принимает такой препарат?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 58**

56. Связано ли это с каким-либо медицинским, поведенческим нарушением или другой проблемой со здоровьем?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 58**

57. Это нарушение длится или предположительно будет длиться не менее 12 месяцев?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет

58. Нуждается ли Ваш ребенок в большем объеме медицинской помощи, услуг по охране психического здоровья или образовательных услуг, чем обычно необходимо большинству детей того же возраста?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 61**

59. Связано ли это с каким-либо медицинским, поведенческим нарушением или другой проблемой со здоровьем?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 61**

60. Это нарушение длится или предположительно будет длиться не менее 12 месяцев?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет

61. Есть ли у Вашего ребенка какие-либо ограничения или препятствия, мешающие делать то, что может делать большинство детей его возраста?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 64**

62. Связано ли это с каким-либо медицинским, поведенческим нарушением или другой проблемой со здоровьем?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 64**

63. Это нарушение длится или предположительно будет длиться не менее 12 месяцев?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет

64. Нуждается ли Ваш ребенок в специальной терапии, например физической, трудовой или речевой терапии, или получает ли он такую терапию?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 67**

65. Связано ли это с каким-либо медицинским, поведенческим нарушением или другой проблемой со здоровьем?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 67**

66. Это нарушение длится или предположительно будет длиться не менее 12 месяцев?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет

67. Есть ли у Вашего ребенка какая-либо эмоциональная, поведенческая проблема или проблема развития, в связи с которой ему требуется или он получает лечение или консультирование?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 69**

68. Эта проблема длится или предположительно будет длиться не менее 12 месяцев?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет

69. Укажите возраст Вашего ребенка.

- ☐₀₀ Меньше 1 года
_____ ГОДА/ЛЕТ (впишите)

70. Сколько Вам лет?

- ☐₀ меньше 18
☐₁ от 18 до 24
☐₂ от 25 до 34
☐₃ от 35 до 44
☐₄ от 45 до 54
☐₅ от 55 до 64
☐₆ от 65 до 74
☐₇ 75 или старше

71. Каков самый высокий уровень полученного Вами образования?

- ☐₁ 8 классов или меньше
☐₂ Учился (-ась) в старших классах, но не завершил (-а) обучение
☐₃ Выпускник (-ца) средней школы или эквивалентный диплом об окончании школы (General Educational Development, GED)
☐₄ Несколько семестров в колледже или диплом об окончании двухгодичного обучения
☐₅ Диплом об окончании четырехгодичного обучения в колледже
☐₆ Более 4 лет обучения в колледже

72. Кем Вы приходитесь ребенку?

- ☐₁ Мать или отец
☐₂ Бабушка или дедушка
☐₃ Тетя или дядя
☐₄ Старший брат или сестра
☐₅ Другой родственник
☐₆ Законный опекун
☐₇ Другой вариант

Язык

73a. Говорите ли Вы дома только на английском языке?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет
☐₃ Затрудняюсь ответить
☐₄ Не хочу отвечать

73b. Требуется ли Вам обычно какое-либо из следующих средств для помощи в общении по важным вопросам, таким как медицинская, юридическая информация или информация о здоровье? (Выберите все применимые варианты.)

- ☐_A Да, требуется вспомогательное слуховое устройство, например устройство частотной модуляции (FM) или индукционная петля (Loop) (укажите)
- ☐_B Да, требуется стенографирование в режиме реального времени (CART) / субтитры
- ☐_C Нет
- ☐_D Затрудняюсь ответить
- ☐_E Не хочу отвечать

Если Вы говорите дома только на английском языке и не нуждаетесь в помощи при общении, → **перейдите к вопросу 78**

74. На каких языках Вы говорите дома? (Выберите все применимые варианты.)

- | | |
|---|---|
| ☐ _A Английский | ☐ _I Мьен |
| ☐ _B Испанский | ☐ _J Румынский |
| ☐ _C Арабский | ☐ _K Русский |
| ☐ _D Камбоджийский | ☐ _L Язык жестов |
| ☐ _E Китайский | ☐ _M Сомалийский |
| ☐ _F Хмонг | ☐ _N Тагальский |
| ☐ _G Японский | ☐ _O Украинский |
| ☐ _H Лаосский | ☐ _P Вьетнамский |
| ☐ _Q Не указанный здесь вариант (уточните) | |

☐_R Не хочу отвечать

75. Какой язык Вы бы предпочли использовать в общении (личном, по телефону или виртуальном) с людьми за пределами дома по таким вопросам, как медицинская, юридическая информация или информация о здоровье? (Выберите только один вариант.)

- | | |
|--|--|
| ☐ ₀₁ Английский | ☐ ₀₉ Мьен |
| ☐ ₀₂ Испанский | ☐ ₁₀ Румынский |
| ☐ ₀₃ Арабский | ☐ ₁₁ Русский |
| ☐ ₀₄ Камбоджийский | ☐ ₁₂ Язык жестов |
| ☐ ₀₅ Китайский | ☐ ₁₃ Сомалийский |
| ☐ ₀₆ Хмонг | ☐ ₁₄ Тагальский |
| ☐ ₀₇ Японский | ☐ ₁₅ Украинский |
| ☐ ₀₈ Лаосский | ☐ ₁₆ Вьетнамский |
| ☐ ₁₇ Не указанный здесь вариант (уточните) | |

☐₁₈ Не хочу отвечать

76. На каком языке Вы бы предпочли читать важную письменную информацию, например медицинскую, юридическую информацию или информацию о здоровье? (Выберите только один вариант.)

- | | |
|--|--|
| ☐ ₀₁ Английский | ☐ ₀₉ Мьен |
| ☐ ₀₂ Испанский | ☐ ₁₀ Румынский |
| ☐ ₀₃ Арабский | ☐ ₁₁ Русский |
| ☐ ₀₄ Камбоджийский | ☐ ₁₂ Сомалийский |
| ☐ ₀₅ Китайский | ☐ ₁₃ Тагальский |
| ☐ ₀₆ Хмонг | ☐ ₁₄ Украинский |
| ☐ ₀₇ Японский | ☐ ₁₅ Вьетнамский |
| ☐ ₀₈ Лаосский | |
| ☐ ₁₆ Не указанный здесь вариант (уточните) | |

☐₁₇ Не хочу отвечать

77. Насколько хорошо Вы говорите по-английски?

- ☐₁ Очень хорошо
- ☐₂ Хорошо
- ☐₃ Плохо
- ☐₄ Совсем не говорю
- ☐₅ Затрудняюсь ответить
- ☐₆ Не хочу отвечать

78. Предпочитаете ли Вы пользоваться услугами переводчика при обсуждении медицинской информации или информации о здоровье вашего ребенка?

- ☐₁ Да
☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 82**

79. Услугами переводчика какого типа речи Вы хотели бы пользоваться?

- ☐₁ Устной речи
☐₂ Языка жестов

80. Если Вы нуждались в помощи переводчика для обсуждения медицинской информации или информации о здоровье Вашего ребенка, насколько часто Вам предоставляли услуги переводчика сразу же, как только это было необходимо?

- ☐₁ Никогда
☐₂ Иногда
☐₃ Как правило
☐₄ Всегда

81. Мы хотим узнать, как Вы оцениваете переводчика, с которым Вы чаще всего работали при обсуждении медицинской информации или информации о здоровье Вашего ребенка за последние 6 месяцев. По шкале от 0 до 10, где 0 — самый худший переводчик, а 10 — самый лучший переводчик, как бы Вы оценили этого переводчика?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Самый худший переводчик					Самый лучший переводчик					

Функциональные трудности

82. Страдает ли Ваш ребенок глухотой или есть ли у него серьезные проблемы со слухом?

- ☐₁ Да → **Если да, в каком возрасте появилась эта проблема?**

- ☐₂ Нет
☐₃ Затрудняюсь ответить
☐₄ Не хочу отвечать

83. Страдает ли Ваш ребенок слепотой или есть ли у него серьезные проблемы со зрением даже при использовании очков?

- ☐₁ Да → **Если да, в каком возрасте появилась эта проблема?**

- ☐₂ Нет
☐₃ Затрудняюсь ответить
☐₄ Не хочу отвечать

Если ваш ребенок младше 5 лет, → **перейдите к вопросу 91**

84. Испытывает ли Ваш ребенок серьезные трудности при ходьбе или когда поднимается по лестнице?

- ☐₁ Да → **Если да, в каком возрасте появилась эта проблема?**

- ☐₂ Нет
☐₃ Затрудняюсь ответить
☐₄ Не хочу отвечать

85. Испытывает ли Ваш ребенок серьезные трудности с концентрацией внимания, запоминанием или принятием решений из-за физического, психического или эмоционального состояния?

- ☐₁ Да → **Если да, в каком возрасте появилась эта проблема?**

- ☐₂ Нет
☐₃ Затрудняюсь ответить
☐₄ Не хочу отвечать

86. Испытывает ли Ваш ребенок трудности с одеванием или купанием?

- ☐₁ Да → **Если да, в каком возрасте появилась эта проблема?**

- ☐₂ Нет
☐₃ Затрудняюсь ответить
☐₄ Не хочу отвечать

87. Испытывает ли Ваш ребенок серьезные трудности в обучении тому, чему может научиться большинство детей его возраста?

☐₁ Да → **Если да, в каком возрасте появилась эта проблема?**

☐₂ Нет

☐₃ Затрудняюсь ответить

☐₄ Не хочу отвечать

88. Испытывает ли Ваш ребенок серьезные трудности в общении (например, в понимании других людей или в том, чтобы другие люди понимали его), когда говорит на своем обычном (привычном) языке?

☐₁ Да → **Если да, в каком возрасте появилась эта проблема?**

☐₂ Нет

☐₃ Затрудняюсь ответить

☐₄ Не хочу отвечать

☐₅ Не понимаю, о чем этот вопрос

Если Ваш ребенок младше 15 лет, →
перейдите к вопросу 91

89. В связи с физическим, психическим или эмоциональным состоянием испытывает ли Ваш ребенок серьезные трудности при самостоятельном выполнении дел, например посещении врача или совершении покупок?

☐₁ Да → **Если да, в каком возрасте появилась эта проблема?**

☐₂ Нет

☐₃ Затрудняюсь ответить

☐₄ Не хочу отвечать

90. Испытывает ли Ваш ребенок серьезные трудности, например, с настроением, сильными чувствами, контролем своего поведения либо бывают ли у него бред или галлюцинации?

☐₁ Да → **Если да, в каком возрасте появилась эта проблема?**

☐₂ Нет

☐₃ Затрудняюсь ответить

☐₄ Не хочу отвечать

☐₅ Не понимаю, о чем этот вопрос

91. Если Ваш ребенок идентифицирует себя как человек с инвалидностью или с физическим, психическим, эмоциональным, когнитивным или интеллектуальным нарушением, опишите инвалидность или нарушение своего ребенка предпочтительным для Вас способом: (Напишите печатными буквами.)

Если Ваш ребенок не идентифицирует себя как человек с инвалидностью или с физическим, психическим, эмоциональным, когнитивным или интеллектуальным нарушением, →
перейдите к вопросу 93

92a. Если Ваш ребенок идентифицирует себя как человек с инвалидностью или с физическим, психическим, эмоциональным, когнитивным или интеллектуальным нарушением, возникает ли обычно у него потребность или желание пользоваться адаптивными приспособлениями для инвалидов, чтобы получить помощь в общении по важным вопросам, таким как медицинская, юридическая информация или информация о здоровье?

☐₁ Да

☐₂ Нет → **Если нет, перейдите к вопросу 93**

☐₃ Затрудняюсь ответить

☐₄ Не хочу отвечать

92b. Если да, опишите, какие адаптивные приспособления обычно требуются или желательны для Вашего ребенка: (Напишите печатными буквами.)

Пол, гендерная идентичность и сексуальная ориентация

93. Укажите пол Вашего ребенка.

- ☐₁ Женский
- ☐₂ Мужской
- ☐₃ Интерсекс
- ☐₄ Не указанный здесь вариант;
пол моего ребенка:
(Напишите печатными буквами.)

-
- ☐₅ Затрудняюсь ответить
 - ☐₆ Не хочу отвечать

Если Ваш ребенок младше 5 лет, → **перейдите к вопросу 100**

94. Ваш ребенок в настоящее время: (Выберите все применимые варианты.)

- ☐_A Мальчик
- ☐_B Девочка
- ☐_C Одновременно и мальчик, и девочка
- ☐_D Ни мальчик, ни девочка
- ☐_E Другой вариант: (уточните)

-
- ☐_F Это меняется со временем
 - ☐_G Затрудняюсь ответить
 - ☐_H Не понимаю, о чем этот вопрос
 - ☐_I Не хочу отвечать

Если Ваш ребенок младше 14 лет, →
перейдите к вопросу 100

95. Опишите гендерную идентичность своего ребенка предпочтительным для Вас способом: (Напишите печатными буквами.)

-
- ☐_A Девочка или женщина
 - ☐_B Мальчик или мужчина
 - ☐_C Небинарный
 - ☐_D Агендер / без гендера
 - ☐_E Бигендер
 - ☐_F Демибой
 - ☐_G Демигёрл
 - ☐_H Гендерфлюид
 - ☐_I Гендерквир
 - ☐_J Сомневается / в поисках
 - ☐_K Не указанный здесь вариант;
гендерная идентичность моего
ребенка: (Напишите печатными
буквами.)

-
- ☐_L У моего ребенка не указанная здесь
гендерная идентичность, связанная с
моей этнической принадлежностью:
(Напишите печатными буквами.)

-
- ☐_M Затрудняюсь ответить
 - ☐_N Не понимаю, о чем этот вопрос
 - ☐_O Не хочу отвечать

97. Ваш ребенок трансгендер?

- ☐₁ Да
- ☐₂ Нет
- ☐₃ Сомневается / в поисках
- ☐₄ Затрудняюсь ответить
- ☐₅ Не понимаю, о чем
этот вопрос
- ☐₆ Не хочу отвечать

98. Опишите сексуальную ориентацию или сексуальную идентичность своего ребенка предпочтительным для Вас способом: *(Напишите печатными буквами.)*

99. Какая сексуальная ориентация у Вашего ребенка? *(Выберите все применимые варианты.)*

- ☐_A Испытывает влечение к представителям того же гендера
- ☐_B Лесбиянка
- ☐_C Гей
- ☐_D Бисексуал
- ☐_E Гетеросексуал
- ☐_F Асексуальный спектр
- ☐_G Квир
- ☐_H Пансексуал
- ☐_I Сомневается / в поисках
- ☐_J Не указанный здесь вариант; сексуальная ориентация моего ребенка:
(Напишите печатными буквами.)

- ☐_K Затрудняюсь ответить
- ☐_L Не понимаю, о чем этот вопрос
- ☐_M Не хочу отвечать

100. Укажите свой пол.

- ☐₁ Женский
- ☐₂ Мужской
- ☐₃ Интерсекс
- ☐₄ Не указанный здесь вариант; мой пол:
(Напишите печатными буквами.)

- ☐₅ Затрудняюсь ответить
- ☐₆ Не хочу отвечать

101. Опишите свою гендерную идентичность предпочтительным для Вас способом: *(Напишите печатными буквами.)*

102. Укажите свою гендерную идентичность. *(Выберите все применимые варианты.)*

- ☐_A Девочка или женщина
- ☐_B Мальчик или мужчина
- ☐_C Небинарный
- ☐_D Агендер / без гендера
- ☐_E Бигендер
- ☐_F Демибой
- ☐_G Демигёрл
- ☐_H Гендерфлюид
- ☐_I Гендерквир
- ☐_J Сомневаюсь / в поисках
- ☐_K Не указанный здесь вариант; моя гендерная идентичность:
(Напишите печатными буквами.)

- ☐_L У меня не указанная здесь гендерная идентичность, связанная с моей этнической принадлежностью:
(Напишите печатными буквами.)

- ☐_M Затрудняюсь ответить
- ☐_N Не понимаю, о чем этот вопрос
- ☐_O Не хочу отвечать

Расовая и этническая принадлежность

103. Как Вы определяете расовую, этническую, племенную принадлежность, страну происхождения или само происхождение своего ребенка? *(Напишите печатными буквами.)*

104. Какой из следующих вариантов описывает расовую или этническую принадлежность Вашего ребенка?
 Выберите **все** применимые варианты и **впишите дополнительную информацию в пустые поля ниже**.

A. Американские индейцы или коренные жители Аляски — укажите подробнее ниже.

- ☐_{A01} Коренные жители Аляски ☐_{A03} Канадские инуиты, метисы или коренные народы
☐_{A02} Американские индейцы ☐_{A04} Представители коренных народов Мексики, Центральной или Южной Америки

Впишите дополнительную информацию, например инуиты или хайда, конфедерация племен индейцев силец, навахо, ацтеки, майя и т. п. _____

B. Азиаты — укажите подробнее ниже.

- ☐_{B01} Афганцы ☐_{B05} Народы Мьянмы ☐_{B09} Японцы ☐_{B13} Выходцы из Южной Азии
☐_{B02} Индийцы ☐_{B06} Филиппинцы ☐_{B10} Корейцы ☐_{B14} Тайваньцы
☐_{B03} Камбоджийцы/кхмеры ☐_{B07} Хмонги ☐_{B11} Лао ☐_{B15} Тайцы
☐_{B04} Китайцы ☐_{B08} Индонезийцы ☐_{B12} Пакистанцы ☐_{B16} Вьетнамцы

Впишите дополнительную информацию, например монголы, малайцы, узбеки и т. п. _____

C. Чернокожие или афроамериканцы — укажите подробнее ниже.

- ☐_{C01} Афроамериканцы ☐_{C03} Эфиопы ☐_{C05} Ямайцы ☐_{C07} Сомалийцы
☐_{C02} Афро-карибского происхождения ☐_{C04} Гаитяне ☐_{C06} Нигерийцы

Впишите дополнительную информацию, например тринидадцы, ганцы, конголезцы и т. п. _____

D. Испаноязычные американцы и латиноамериканцы — укажите подробнее ниже.

- ☐_{D01} Афро-латиноамериканцы ☐_{D02} Выходцы из Центральной Америки ☐_{D03} Кубинцы ☐_{D04} Доминиканцы
☐_{D05} Гватемальцы ☐_{D06} Мексиканцы ☐_{D07} Пуэрториканцы ☐_{D08} Сальвадорцы ☐_{D09} Южноамериканцы

Впишите дополнительную информацию, например колумбийцы, гондурасцы, испанцы и т. п. _____

E. Евреи — укажите подробнее ниже.

- ☐_{E01} Ашкенази ☐_{E02} Сефарды

Впишите дополнительную информацию, например мизрахи и т. п. _____

F. Выходцы из Ближнего Востока / Северной Африки / Юго-Восточной Азии и Северной Африки (SWANA) — укажите подробнее ниже.

- ☐_{F01} Египтяне ☐_{F03} Иранцы ☐_{F05} Ливанцы ☐_{F07} Сирийцы
☐_{F02} Иракцы ☐_{F04} Израильяне ☐_{F06} Палестинцы ☐_{F08} Турки

Впишите дополнительную информацию, например марокканцы, йеменцы, курды и т. п. _____

G. Коренные жители Гавайских островов и жители островов Тихого океана — укажите подробнее ниже.

- ☐_{G01} Чаморро ☐_{G03} Фиджийцы ☐_{G04} Маршалльцы ☐_{G06} Самоанцы
☐_{G02} Народы региона Микронезии ☐_{G05} Коренные жители Гавайских островов ☐_{G07} Тонганцы

Впишите дополнительную информацию, например чуукцы, палау, таитяне и т. п. _____

H. Белые — укажите подробнее ниже.

- ☐_{H01} Англичане ☐_{H03} Ирландцы ☐_{H05} Поляки ☐_{H07} Русские ☐_{H09} Славяне
☐_{H02} Немцы ☐_{H04} Итальянцы ☐_{H06} Румыны ☐_{H08} Шотландцы ☐_{H10} Украинцы

Впишите дополнительную информацию, например французы, шведы, норвежцы и т. п. _____

I. Дополнительные категории

- ☐_{I01} Другая категория, не указанная здесь (уточните) _____
☐_{I02} Затрудняюсь ответить ☐_{I03} Не хочу отвечать

105. Если Вы отметили не одну категорию при ответе на вопрос 104, есть ли какой-то **один** вариант, который Вы считаете основной расовой или этнической принадлежностью своего ребенка?

☐ ₁ Да → **Обведите основную расовую или этническую принадлежность Вашего ребенка в вопросе 104.**

☐ ₂ У моего ребенка нет какой-то одной основной расовой или этнической принадлежности.

☐ ₃ Нет. Мой ребенок идентифицирует себя как двухрасовый или многорасовый человек.

☐ ₄ Неприменимо. Я отметил (-а) только одну категорию при ответе на вопрос 104.

☐ ₅ Затрудняюсь ответить

☐ ₆ Не хочу отвечать

Спасибо

Пожалуйста, верните заполненную анкету в прилагаемом конверте с предоплатой по адресу:

Center for the Study of Services
PO Box 3416
Hopkins, MN 55343

Пожалуйста, не вкладывайте никакую другую корреспонденцию.