

تقييم احتياجات مرضى التوحد في بنسلفانيا

نشكركم لإكمال هذا الاستبيان. حيث أن معظم المُستطلعين سيكونون من الآباء/أولياء الأمور، سنشير إلى الشخص التوحد باسم "طفلك" يشير مصطلح التوحد المستخدم في تلك الوثيقة إلى اضطرابات طيف التوحد (ASD). يرجى ملأ هذا الاستبيان فيما يتعلق بطفلك التوحد الأكبر. يرجى تحديد اختيار واحد فقط لكل سؤال، مالم ينص على خلاف ذلك. يرجى التواصل مع إدارة خدمات التوحد، والتعليم، والموارد والتدريب التعاونية عبر البريد الإلكتروني info@paautism.org أو الاتصال بالرقم 1-877-231-4244 في حال كان لديكم أي استفسارات.

القسم الأول	
<p>يُرجى تحديد هويتك.</p> <p>○ أم ○ أب ○ أب أو أم بالتبني ○ غير ذلك _____</p>	
<p>هل أنت الوصي القانوني على طفلك التوحد؟</p> <p>○ نعم ○ لا ○ غير متأكد</p>	
<p>أي مما يلي يصف حالتك الاجتماعية؟</p> <p>○ متزوج من/أعيش مع والد الطفل ○ متزوج من/أعيش مع شخص مختلف ○ لم يسبق لي الزواج ○ منفصل/مطلق ○ أفضل عدم الإجابة ○ عن والد الطفل ○ أرمل</p>	
<p>إلى أي الخلفيات العرقية تنتمي؟ <u>اختر جميع ما ينطبق.</u></p> <p> <input type="checkbox"/> هندي أمريكي أو من سكان الاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي أمريكي <input type="checkbox"/> كوري <input type="checkbox"/> هندي آسيوي <input type="checkbox"/> صيني <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين <input type="checkbox"/> فلبيني <input type="checkbox"/> فيتنامي <input type="checkbox"/> قوقازي/ أوروبي أمريكي <input type="checkbox"/> إسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> غير ذلك _____ <input type="checkbox"/> ياباني <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة </p>	
<p>إلى أي الخلفيات العرقية ينتمي طفلك؟ <u>اختر جميع ما ينطبق.</u></p> <p> <input type="checkbox"/> هندي أمريكي أو من سكان الاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي أمريكي <input type="checkbox"/> كوري <input type="checkbox"/> هندي آسيوي <input type="checkbox"/> صيني <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين <input type="checkbox"/> فلبيني <input type="checkbox"/> فيتنامي <input type="checkbox"/> قوقازي/ أوروبي أمريكي <input type="checkbox"/> إسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> غير ذلك _____ <input type="checkbox"/> ياباني <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة </p>	
<p>ما رمزك البريدي المكون من 5 أرقام؟</p>	
<p>ما هي أعلى درجة تعليم حصلت عليها؟</p> <p>○ بعض التحصيل الدراسي، ولكن لم استكمل المدرسة الثانوية ○ بعض التحصيل الدراسي الجامعي ○ درجة زماله إحدى الجامعات ○ خريج مدرسة ثانوية/ اختبار تطوير التعليم العام ○ درجة الماجستير ○ التعليم المهني/ مدرسة فنية</p>	
<p>في أي عام وشهر يوافق تاريخ ميلاد طفلك؟</p> <p>شهر الميلاد (____) عام الميلاد (____)</p>	
<p>ما نوع طفلك؟</p> <p>○ ذكر ○ أنثى ○ غير ذلك _____</p>	

هل طفلك مُتبنى؟		
<input type="radio"/> لا <input type="radio"/> نعم، كم كان عمر طفلك عندما تبنيته؟ _____		
كم عدد أشقاء طفلك الذي يعاني من التوحد؟ بما في (ذلك إخوة عن طريق الزواج (أولاد زوج الأم أو زوجة الأب)، أخوة غير أشقاء، إلخ)		
كم من هؤلاء الأشقاء تم تشخيصهم بالتوحد أيضًا؟		
أي مما يلي يعتبر الأقرب لدخلك السنوي الذي تحصل عليه من وظيفتك؟		
<input type="radio"/> 0 دولار – 10,000 دولار <input type="radio"/> 10,001 دولار - 20,000 دولار <input type="radio"/> 20,001 دولار - 30,000 دولار <input type="radio"/> 30,001 دولار - 40,000 دولار	<input type="radio"/> 40,001 دولار - 50,000 دولار <input type="radio"/> 50,001 دولار - 60,000 دولار <input type="radio"/> 60,001 دولار - 70,000 دولار <input type="radio"/> 70,001 دولار - 80,000 دولار	<input type="radio"/> 80,001 دولار - 90,000 دولار <input type="radio"/> 90,001 دولار - 100,000 دولار <input type="radio"/> أكثر من 100,000 دولار
القسم الثاني		
بالمقارنة مع الإثنى عشر شهر السابقين، يمكنك وصف الحالة الصحية العامة لطفلك التوحد:		
<input type="radio"/> أفضل <input type="radio"/> أسوأ <input type="radio"/> مستقرة		
من فضلك اشرح اختيارك:		
متى كانت آخر زيارة لطفلك لطبيب الأسنان؟ (يتضمن ذلك جميع أنواع أخصائيو طب الأسنان/والخبراء، مثل خبراء تقويم الأسنان، وجراحي الفم والأسنان، وأطباء الأسنان).		
<input type="radio"/> قبل أقل من 6 شهور <input type="radio"/> من 6 شهور إلى عام <input type="radio"/> أكثر من عام مضى		
متى كانت آخر زيارة لطفلك لطبيب لإجراء فحص روتيني؟ (الفحص الروتيني هو فحص بدني عام وليس لفحص إصابة أو مرض أو حالة معينة).		
<input type="radio"/> قبل أقل من 6 شهور <input type="radio"/> من 6 شهور إلى عام <input type="radio"/> أكثر من عام مضى		
هل يتناول طفلك التوحد حاليًا أدوية بموجب تذكرة طبية بخلاف الفيتامينات؟		
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> غير متأكد		
إذا كانت الإجابة بنعم أذكر الأدوية التي يتناولها طفلك حاليًا بموجب وصفة طبية:		
القسم الثالث		
كان الحصول على تشخيص لحالة طفلك بالتوحد أمر...		
<input type="radio"/> سهل جدًا <input type="radio"/> سهل نوعًا ما <input type="radio"/> صعب نوعًا ما <input type="radio"/> صعب جدًا <input type="radio"/> غير مطبق		
إذا كانت الإجابة "صعب نوعًا ما" أو "صعب جدًا"، ما الذي جعل الحصول على التشخيص أمر صعب؟ اختر جميع ما ينطبق.		
<input type="checkbox"/> العثور على طبيب/متخصص <input type="checkbox"/> المواصلات <input type="checkbox"/> الحصول على إحالة <input type="checkbox"/> الوصاية	<input type="checkbox"/> تغطية تأمين صحي <input type="checkbox"/> مشكلات تتعلق بتحديد المواعيد <input type="checkbox"/> التكلفة/ المشاركة في التكاليف <input type="checkbox"/> وقت الانتظار طويل	<input type="checkbox"/> عدم وجود خدمة رعاية الطفل <input type="checkbox"/> عوائق اللغة / عدم وجود مترجم <input type="checkbox"/> أخرى _____

هل سبق لطفلك أن شُخصت حالته بأحد الأمراض التالية قبل أن يتم تشخيص حالة التوحد لديه؟ اختر جميع ما ينطبق.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> اضطرابات القلق | <input type="checkbox"/> الإعاقة الفكرية (المعروف سابقاً باسم التخلف العقلي) |
| <input type="checkbox"/> اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (ADHD) | <input type="checkbox"/> اضطراب الوسواس القهري (OCD). |
| <input type="checkbox"/> اضطراب ثنائي القطب | <input type="checkbox"/> اضطرابات مصاحبة من السلوك العنيد أو السلوك المتحدي (ODD) |
| <input type="checkbox"/> اضطراب المعالجة السمعية المركزية (CAPD) | <input type="checkbox"/> فصام أو اضطراب ذهاني آخر |
| <input type="checkbox"/> اضطراب السلوك (CD) | <input type="checkbox"/> نوبات اكتئاب/ نوبات اضطراب/الصرع |
| <input type="checkbox"/> اكتئاب | <input type="checkbox"/> اضطراب التكامل الحسي |
| <input type="checkbox"/> تأخر في النمو | <input type="checkbox"/> اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) |
| <input type="checkbox"/> ضعف السمع | <input type="checkbox"/> اضطراب استعمال المواد |
| <input type="checkbox"/> الاكتئاب القهري | <input type="checkbox"/> لا يوجد |
| <input type="checkbox"/> صعوبات تعلم | <input type="checkbox"/> أخرى _____ |

هل تم تشخيص طفلك التوحد بأحد الأمراض التالية؟ اختر جميع ما ينطبق.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> اضطرابات القلق | <input type="checkbox"/> الإعاقة الفكرية (المعروف سابقاً باسم التخلف العقلي) |
| <input type="checkbox"/> اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (ADHD) | <input type="checkbox"/> اضطراب الوسواس القهري (OCD). |
| <input type="checkbox"/> اضطراب ثنائي القطب | <input type="checkbox"/> اضطرابات مصاحبة من السلوك العنيد أو السلوك المتحدي (ODD) |
| <input type="checkbox"/> اضطراب المعالجة السمعية المركزية (CAPD) | <input type="checkbox"/> فصام أو اضطراب ذهاني آخر |
| <input type="checkbox"/> اضطراب السلوك (CD) | <input type="checkbox"/> نوبات اكتئاب/ نوبات اضطراب/الصرع |
| <input type="checkbox"/> اكتئاب | <input type="checkbox"/> اضطراب التكامل الحسي |
| <input type="checkbox"/> تأخر في النمو | <input type="checkbox"/> اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) |
| <input type="checkbox"/> ضعف السمع | <input type="checkbox"/> اضطراب استعمال المواد |
| <input type="checkbox"/> الاكتئاب القهري | <input type="checkbox"/> لا يوجد |
| <input type="checkbox"/> صعوبات تعلم | <input type="checkbox"/> أخرى _____ |

إلى أي فئة ينتمي أول أخصائي شخص حالة التوحد لدى طفلك؟ اختر جميع ما ينطبق.

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> طبيب أطفال تنموي | <input type="checkbox"/> طبيب الرعاية الأولية (طبيب العائلة/ طبيب أطفال) | <input type="checkbox"/> غير متأكد |
| <input type="checkbox"/> طبيب أعصاب | <input type="checkbox"/> أخصائي نفسي | <input type="checkbox"/> أخرى _____ |
| <input type="checkbox"/> طبيب نفسي | | |

كم كان عمر طفلك عندما شُخصت حالته بالتوحد لأول مرة؟

- عام غير متأكد

بعد تلقي التشخيص بحالة التوحد، ما نوع المتابعة والموارد أو الخدمات التي تلقيتها؟ اختر جميع ما ينطبق.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ميعاد متابعة | <input type="checkbox"/> إحالة للقراءة أو أحد المواقع الإلكترونية (مثل، البيانات، أو كتيبات المعلومات) |
| <input type="checkbox"/> إحالة لأخصائي لمزيد من التقييم | <input type="checkbox"/> لم أتلقى أي مما سبق |
| <input type="checkbox"/> إحالة لأخصائي لتلقي العلاج | <input type="checkbox"/> أخرى _____ |
| <input type="checkbox"/> إحالة لخدمات التدخل المبكر | |
| <input type="checkbox"/> إحالة لمجموعات الدعم | |

هل تلقي طفلك خدمات التدخل المبكر؟

- نعم، في أي سن بدأت في تلقي الخدمات؟ _____ لا غير متأكد

هل يوجد لدى طفلك أي من الخطط التالية؟ اختر جميع ما ينطبق.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> خطة دعم فردي (ISP) | <input type="checkbox"/> خطة خدمة العائلة الانفرادية (IFSP) |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد | <input type="checkbox"/> برنامج التعليم المنفرد (IEP) |
| <input type="checkbox"/> غير متأكد | <input type="checkbox"/> خطة 504 |

هل مخصص لطفلك خطة خدمة العائلة الإنفرادية (IFSP)، يرجى إجابة السؤال التالي. يرجى التأكد من استكمال جميع الأعمدة الثلاثة.

هل ترى أن هذه الخطة تفي بجميع احتياجات طفلك؟		هل حضرت آخر اجتماع لخطة خدمة العائلة الإنفرادية (IFSP)؟		هل مدخلاتك مشتملة في هذه الخطة؟	
نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

الخدمة الأسرية الفردية (IFSP)

هل مخصص لطفلك برنامج التعليم المنفرد (IEP)، يرجى إجابة السؤال التالي. يرجى التأكد من استكمال جميع الأعمدة الثلاثة.

هل ترى أن هذا البرنامج يفي بجميع احتياجات طفلك؟		هل حضرت آخر اجتماع لبرنامج التعليم المنفرد (IEP)؟		هل مدخلاتك مشتملة في هذا البرنامج؟	
نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

برنامج التعليم المنفرد (IEP)

إذا كان مخصص لطفلك خطة رقم 504، يرجى إجابة السؤال التالي. يرجى التأكد من استكمال جميع الأعمدة الثلاثة.

هل ترى أن هذه الخطة تفي بجميع احتياجات طفلك؟		هل حضرت آخر اجتماع لخطة 504؟		هل تشتمل هذه الخطة على مدخلاتك؟	
نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

خطة 504

هل يوجد لدى طفلك خطة دعم فردي (ISP)، يرجى إجابة السؤال التالي. يرجى التأكد من استكمال جميع الأعمدة الثلاثة.

هل ترى أن هذه الخطة تفي بجميع احتياجات طفلك؟		هل حضرت آخر اجتماع لخطة الدعم الفردي؟		هل مدخلاتك مشتملة في هذه الخطة؟	
نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

خطة الدعم الفردي (ISP)

القسم الرابع

هل يخضع طفلك لأحد الأنواع التالية من التأمين الصحي؟ اختر جميع ما ينطبق.

- تأمين صحي خاص تحصل عليه أنت أو أحد أفراد عائلتك من خلال العمل
- تأمين صحي خاص تشتريه أنت أو أحد أفراد عائلتك (ليس من خلال العمل)
- Medicaid (مساعدات طبية)، أو برنامج التأمين الصحي على الأطفال (CHIP)، أو الرعاية الطبية لكبار السن (Medicare)
- مساعدات المحاربين القدامى أو نظام التأمين الصحي لأعضاء الخدمة العسكرية TRICARE
- تأمين صحي على الأسنان
- تأمين صحي على الإبصار
- تأمين يغطي تذكرة الأدوية الطبية
- أخرى _____

هل طفلك مشترك حالياً في برنامج للمساعدة الطبية أو في ميديكاد (Medicaid)؟

○ نعم ○ لا ○ غير متأكد

هل طفلك مشترك حالياً في أي من برامج المساعدة الطبية التالية أو في أحد برامج ميديكاد (Medicaid)؟

○ إعفاء التوحيدين البالغين ○ الإغفاء الموحد ○ أخرى _____
○ برنامج مجتمع التوحيدين البالغين (ACAP) ○ إعفاء الدعم الموجه للفرد/الأسرة (P/FDS) ○ لا شيء مما سبق
○ إعفاء أوبرا (OBRA)

هل أنت مدرج حالياً على قائمة الإنتظار أم قائمة المستفيدين؟

○ قائمة الإنتظار للبرامج المخصصة للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية (إعفاءات الدعم الموجه للفرد/الأسرة (P/FDS)، أو الإعفاءات الموحدة)
○ قائمة المستفيدين للبرامج المقدمة من خلال مكتب خدمات التوحد (BAS) - إعفاءات التوحيدين البالغين، أو برنامج مجتمع التوحيدين البالغين (ACAP)
○ كلاهما
○ لا هذا ولا ذلك
○ غير متأكد

القسم الخامس

هل سبق لطفلك استخدام أدوية بخلاف تلك التي تتطلبها أسباب طبية (باستثناء الفيتامينات)؟

○ نعم ○ لا ○ غير متأكد ○ أفضل عدم الإجابة

هل سبق لطفلك تناول جرعة زائدة من أي عقار (بموجب تذكيرة طبية أو عقار غير قانوني)؟

○ نعم ○ لا ○ غير متأكد ○ أفضل عدم الإجابة

القسم السادس

في خلال العام الماضي، هل سبق لك اصطحاب طفلك إلى غرفة الطوارئ بأحد المستشفيات لأسباب سلوكية أو نفسية؟

○ نعم (—) عدد المرات ○ لا ○ أفضل عدم الإجابة

في خلال العام الماضي، هل سبق لطفلك دخول أحد المستشفيات أو ما يشابهها من المؤسسات لأسباب سلوكية أو نفسية؟

○ نعم (—) عدد المرات ○ لا ○ أفضل عدم الإجابة

يرجى إجابة الأسئلة التالية بناءً على أحدث إقامة لابنك في المستشفى أو فيما يشابهها من المؤسسات.

ما هي أسباب دخول طفلك إلى أحد المستشفيات أو المؤسسات المماثلة؟ اختر جميع ما ينطبق.

○ عدوان ○ اكتئاب ○ زيادة كبيرة في الهواجس
○ قلق ○ الهروب أو الفرار من المنزل/ المدرسة ○ أخرى _____
○ سلوكيات تحدي/ معارضة ○ سلوكيات إيذاء النفس ○ غير متأكد

ما مدى درجة رضاك أو عدم رضاك عن الجوانب التالية من إقامة طفلك في المستشفى؟

غير راضي تماماً	غير راضي	راضي	راضي جداً	
○	○	○	○	مستوى العلاج
○	○	○	○	خطة الخروج من المستشفى
○	○	○	○	إدراج العاملين للأباء في خطة العلاج

كم كان عمر طفلك عند دخوله إلى المستشفى؟

- طفلي (أقل من 14 عام) أدخله والديه (أو أحدهما)
 طفلي المراهق (14 إلى 18 عام) أدخله والديه (أو أحدهما) ووافق هو على الدخول.
 طفلي المراهق (14 إلى 18 عام) أدخله والديه (أو أحدهما) ولكنه لم يوافق على الدخول.
 ابني البالغ (18 عام أو أكبر) دخل بنفسه (201، علاج تطوعي)
 ابني البالغ (18 عام أو أكبر) دخل بنفسه (302، علاج تطوعي)
 أفضل عدم الإجابة

كم استمرت مدة إقامة طفلك في المستشفى أو أحد المؤسسات المماثلة؟

- أقل من 24 ساعة 24 – 48 ساعة أكثر من يومين، يُرجى إخبارنا بالمدة

هل كانت هذه المرة الأولى التي يدخل فيها طفلك إلى أحد المستشفيات أو أحد المؤسسات المماثلة لأسباب سلوكية أو نفسية؟

- نعم لا غير متأكد

يُرجى كتابة أي تفاصيل إضافية عن أحدث إقامة لطفلك في المستشفى لأسباب سلوكية أو نفسية.

القسم السابع

هل سبق لسلوك طفلك أن تسبب في التعرض لأي من المواقف التالية مع الشرطة/ النظام القضائي؟ اختر جميع ما ينطبق.

- استدعاء من الشرطة قضاء عقوبة في أحد السجون
 استيقاف الشرطة له واستجوابه عن شيء ما بخلاف متهم في جنحة أو جناية
 المخالفات المرورية تحت المراقبة أو الإفراج المشروط
 إنذار صادر من الشرطة (بخلاف المخالفات المرورية) أخرى _____
 استدعاء للمحكمة لا يوجد
 اعتقلتك الشرطة أفضل عدم الإجابة

هل تعرض طفلك يوماً لأن يكون ضحية لأحد الجرائم؟

- نعم لا أفضل عدم الإجابة

إذا لم يكن لديك مانع، يُرجى مشاركة المزيد من المعلومات عن تجربة الطفل مع الشرطة، أو أحد موظفي النظام القضائي، أو كضحية أحد الجرائم.

القسم الثامن

إذا كنت أب بديل لأحد الأفراد التوحيدين، يرجى إجابة الأسئلة التالية. إذا كانت الإجابة بخلاف ذلك، يُرجى الانتقال إلى القسم التاسع.

هل تلقيت في العام الماضي دعم، أو تدريب، أو مصادر لدورك ومسئولياتك كأب بديل؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد جهة الدعم، أو التدريب، أو المصادر، وما إذا كنت قد أمعنت التفكير في تدريبك من أجل تحمل مسؤولياتك القيام بدورك. يرجى التأكد من استكمال جميع الأعمدة الثلاثة.

هل تتلقى تدريب أو دعم أو مصادر من هذه المؤسسة؟		هل تشعر بالاستعداد بعد هذا التدريب؟؟			هل كان هذا التدريب مخصص للتوحد؟		
نعم	لا	نعم	لا	لا يوجد	نعم	لا	لا يوجد
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

يرجى إجابة السؤال التالي عن خبرتك مع الرعاية البديلة.

أبدأ/ تقريباً أبداً	تقريباً	عادة	دائمًا/ دائماً تقريباً
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

في العام الماضي هل التحق طفلك بمنشأة سكنية؟

نعم لا، لكن مقيد حالياً على قائمة انتظار لا، ولا يوجد على قائمة انتظار أفضل عدم الإجابة

إذا كان طفلك قد التحق بمنشأة سكنية، يُرجى إجابة الأسئلة التالية. إذا كانت الإجابة بخلاف ذلك، يُرجى الانتقال إلى القسم العاشر.

كم عدد الأميال التي تبعد بها المنشأة السكنية عن منزلك؟	<input type="radio"/> 20-0 ميل	<input type="radio"/> 41-60 ميل	<input type="radio"/> 81-100 ميل	<input type="radio"/> غير متأكد
	<input type="radio"/> 21-40 ميل	<input type="radio"/> 61-80 ميل	<input type="radio"/> أعلى من 100 ميل	

لماذا التحق طفلك بمنشأة سكنية؟ اختر جميع ما ينطبق.

- عدوان
 قلق
 سلوكيات تحدي/ معارضة
 اكتئاب
 الهروب أو الفرار من المنزل/ المدرسة
 سلوكيات إيذاء النفس
 زيادة كبيرة في الهواجس
 أخرى _____

كم دامت أو ستدوم فترة إقامة طفلك في المنشأة العلاجية السكنية؟

- أقل من أسبوع
 1-4 أسابيع
 أكثر من 4 أسابيع

ما مدى درجة رضاك أو عدم رضاك عن الجوانب التالية من إقامة ابنك في المستشفى؟

غير راضي بالمرّة	غير راضي	راضي	راضي جدًا	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مستوى العلاج
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	خطة الخروج من المستشفى
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إدراج العاملين للآباء في خطة العلاج

هل كانت المعلومات عن الخدمات المجتمعية (الترفيه، الرياضات، الفرص التطوعية، أو غيرها) مدرجة في خطة الخروج من المستشفى؟

- نعم
 لا
 غير متأكد

هل كانت خطة الخروج من المستشفى/ العلاج مكتوبة بطريقة سهلة الفهم؟

- نعم
 لا

القسم العاشر

هل طفلك قادر على ممارسة النشاطات التالية؟

لا يوجد	لا يقدر	بمساعدة	مستقل	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الذهاب إلى الحمام
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	يطعم نفسه
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	يخلع ملابسه بنفسه
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	يطلب الأشياء التي يحتاجها
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	يطلب الأشياء التي يريدّها
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	يعبر عن نفسه عندما يكون مريض/ مصاب
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	طهو الطعام/ إعداد الوجبات
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إدارة الأموال
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التنقل باستخدام القيادة/ المواصلات العامة/ ركوب الدراجات/ المشي

هل يتلقى طفلك حاليًا خدمات أو دعم آخر عن أي مما يلي؟ اختر جميع ما ينطبق.

- سلوكيات إيذاء النفس
 مشاكل في النوم
 القلق
 سلوكيات عدوانية
 الهروب
 الذهاب إلى الحمام
 لا يوجد

هل يحصل طفلك حاليًا على خدمات إعادة تأهيل الصحة السلوكية (BHRS) أو (wraparound)؟

- نعم، في المدرسة
 نعم، في المنزل/ المجتمع
 نعم، في كل من المدرسة والمنزل/ المجتمع
 لا، ولكن في انتظار التقييم
 لا، ولكن استكمل التقييم، والخطة قيد التطوير
 لا
 غير متأكد

إذا كانت الإجابة بنعم، هل أنت سعيد بالدعم الذي تلقيته من الفريق العلاجي؟

- سعيد جدًا
 سعيد
 حزين
 حزين للغاية

القسم الحادي عشر

هل طفلك يعمل حاليًا؟ يُرجى إدراج الوظائف مدفوعة الأجر فقط

- نعم، يعمل بدوام كامل (35 ساعة في الأسبوع أو أكثر)
 نعم، يعمل بدوام جزئي (أقل من 35 ساعة في الأسبوع)
 لا، لكنه يبحث حاليًا عن عمل
 لا، متقاعد
 لا، ليس متقاعد ولا يبحث عن عمل

إذا كانت الإجابة بنعم ما نوع الوظيفة التي يعمل بها؟

- وظيفة مكتبية دعم إداري
 موظف مبيعات (بما في ذلك البيع بالتجزئة)
 إعداد/ تقديم الطعام
 النقل/مناولة المواد
 الإنتاج/ التصنيع
 أخرى

هل سبق لطفلك تلقي خدمات أو يتلقى حاليًا خدمات من خلال مكتب التأهيل المهني (OVR)؟

- نعم
 لا
 غير متأكد
 أفضل عدم الإجابة

ما هو نوع المدعمات التي تعتقد أن طفلك يحتاج إليها للعثور على وظيفة والاحتفاظ بها؟ اختر جميع ما ينطبق.

- المساعدة في الحصول على فرص توظيف
 دعم بخصوص تقديم طلبات توظيف وإجراء مقابلة شخصية
 الدعم في حالة حدوث مشاكل أو مواقف جديدة
 دعم على المدى القصير
 دعم مستمر
 لن يحتاج أي دعم
 أخرى

القسم الثاني عشر

ما حالة طفلك المعيشية الحالية؟

- مع الوالدين (أو أحدهما) أو أحد الأقارب الآخرين في منزل العائلة
 في منشأة سكنية (بما في ذلك مستشفى عام أو مركز عام)
 في منزل جماعي
 مع شريك غرفة/زوج (إيجار أو تملك)
 يعيش وحيد بدون دعم (إيجار أو تملك)
 يعيش وحيد وأتلقى دعم (إيجار أو تملك)
 بدون مأوى
 أخرى

منذ متى يعيش الطفل في هذا الوضع؟

- طوال حياة الطفل
 أقل من 1 عام
 1 إلى 2 عام
 3 إلى 5 أعوام
 أكثر من 5 أعوام

ما مدى سعادتك بترتيب حياة طفلك المعيشية الحالية؟	
<input type="radio"/> سعيد جدًا	<input type="radio"/> سعيد
<input type="radio"/> حزين	<input type="radio"/> حزين للغاية
ما مدى صعوبة أن يتخلص طفلك من الأشياء حتى إن لم يكن يستخدمها؟	
<input type="radio"/> صعب جدًا	<input type="radio"/> صعب نوعًا ما
<input type="radio"/> غير صعب على الإطلاق	
كم عدد المرات التي تقف فيها الفوضى في المساحة المحيطة بطفلك عقبة أمام نشاطاته اليومية؟ (على سبيل المثال، لا يمكنهم العثور على ألعاب، المواد التعليمية أو أي متعلقات أخرى أو مشكلات تقف عائق في المساحة المحيطة بهم).	
<input type="radio"/> دائمًا	<input type="radio"/> معظم الوقت
<input type="radio"/> بعض الأحيان	<input type="radio"/> أبدًا
القسم الثالث عشر	
هل يدرس طفلك في المدرسة في الوقت الحالي؟	
<input type="radio"/> نعم	<input type="radio"/> لا
إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي المرحلة التي يدرسون بها حاليًا في المدرسة؟	
<input type="radio"/> ما قبل المدرسة	<input type="radio"/> المدرسة الثانوية
<input type="radio"/> الحضانة	<input type="radio"/> كلية لمدة عامان
<input type="radio"/> المدرسة الابتدائية	<input type="radio"/> كلية لمدة أربع سنوات
<input type="radio"/> مدرسة إعدادية	<input type="radio"/> كلية دراسات عليا
إذا كانت الإجابة بلا، ما هي أعلى درجة من التعليم حصل عليها طفلك؟	
<input type="radio"/> لم يكمل الدراسة	<input type="radio"/> التعليم المهني/مدرسة فنية
<input type="radio"/> بعض الدراسة، ولكن لم يكمل المدرسة الثانوية	<input type="radio"/> بعض التحصيل الدراسي الجامعي
<input type="radio"/> متخرج من المدرسة الثانوية/درجة بكالوريوس	<input type="radio"/> درجة زمالة إحدى الجامعات
<input type="radio"/> درجة بكالوريوس	<input type="radio"/> درجة الماجستير
<input type="radio"/> درجة دكتوراه أعلى من درجة الماجستير (مثل: دكتوراه في الطب أو دكتوراه في جراحة الأسنان أو دكتوراه في الطب البيطري أو درجة الدكتوراه العلمية)	
إذا كان طفلك يدرس حاليًا في المدرسة، يُرجى إجابة الأسئلة التالية. أخرى، يُرجى الانتقال إلى القسم الرابع عشر.	
في العام الماضي، هل يمكن وصف سلوك طفلك في المدرسة بأي شكل من الأشكال التالية؟ <u>اختر جميع ما ينطبق.</u>	
<input type="radio"/> غرفة الالتزام/وقت مستقطع من الأنشطة	<input type="radio"/> الاحتجاز
<input type="radio"/> طرد من الفصل الدراسي	<input type="radio"/> الإيقاف في المدرسة
<input type="radio"/> طرد	<input type="radio"/> الإيقاف خارج المدرسة
<input type="radio"/> لا شيء مما سبق	
ما فئة التعليم الخاص الملحق بها طفلك حاليًا؟ <u>اختر جميع ما ينطبق.</u>	
<input type="checkbox"/> دعم التوحد	<input type="checkbox"/> إعاقات متعددة
<input type="checkbox"/> دعم عاطفي	<input type="checkbox"/> لا شيء (طفلي لا يحصل على تعليم خاص خدمات)
<input type="checkbox"/> صعوبات التعلم	<input type="checkbox"/> غير متأكد
<input type="checkbox"/> إعاقة التعلم (الإعاقة العقلية سابقًا)	<input type="checkbox"/> أخرى _____

القسم الرابع عشر

ما هي خطط المدى الطويل التي تملكها لطفلك عندما لا تكون قادرًا بعد ذلك عن رعايته؟ اختر جميع ما ينطبق.

- الترتيب لخطط سكنية تعيين وصاية
 اعداد وديعة مالية تعيين وكيل قانوني
 أقوم حاليًا بوضع خطط لا شيء في الوقت الحالي

ما مدى قلقك بشأن وضع هذه الخطط والحفاظ عليها؟

لا يوجد	غير قلق	قلق بعض الشيء	قلق	جدًا	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الترتيب لخطط سكنية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الترتيب لوضع وصاية على ودائع مالية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تعيين وصاية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تعيين وكيل قانوني
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أقوم حاليًا بوضع خطط

هل تشعر بأنك تمتلك الموارد للإعداد لهذه الخطط على النحو الملائم؟

لا يوجد	لا	نعم	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الترتيب لخطط سكنية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الترتيب لوضع وصاية على ودائع مالية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تعيين وصاية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تعيين وكيل قانوني
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أقوم حاليًا بوضع خطط

القسم الخامس عشر

يرجى وضع علامة أمام الخدمات التالية التي تعلم بشأنها أو مشترك بها أو بحاجة إلى معلومات عنها من أجل طفلك:

بحاجة للمزيد من المعلومات	أعلم بشأنها	مشترك بها	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مكتب التأهيل المهني
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استحقاقات الضمان الاجتماعي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مساعدات حكومية أخرى (طوابع وجبات أو إسكان مدعوم، إلى آخره).

القسم السادس عشر

يرجى بيان ما إذا كانت التحديات التالية تتداخل مع أو تمنع طفلك من الإشتراك في نشاطات مجتمعية مثل الرياضات أو الأندية الرياضية أو الهوايات أو غيرها من النشاطات المنظمة.

غير متأكد	لا	نعم	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التحديات العاطفية (القلق أو الاكتئاب أو الخوف، إلى آخره)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التحديات السلوكية (العنوان أو سلوكيات إيذاء النفس، إلى آخره)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تحديات بدنية (الوصول أو التنقل، إلى آخره)

هل يشارك طفلك في النشاطات التالية؟ يرجى التأكد من استكمال كلا العمودين.

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى الإشارة إلى عدد ساعات اشتراكهم كل أسبوع.	هل يشارك؟		
	لا	نعم	
ساعات			عمل تطوعي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مجموعات أو أندية رياضية أو مؤسسات
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الأنشطة الروحية أو الدينية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ممارسة الرياضة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	رياضات منظمة أو ترفيهية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هوايات أو مصالح خاصة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أعمال منزلية أو واجبات
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	النشاطات الاجتماعية مع الأصدقاء
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	نشاطات أخرى

القسم السابع عشر

يرجى اختيار الإجابات التي تعكس خبرتك في الحصول على الخدمات لطفلك.

لا يوجد	لا أتفق تمامًا	لا أتفق	متفق	متفق بشدة	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	بوجه عام، واجهت عوائق أمام حصولي على الخدمات لطفلي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	يقضي أطباء ابني وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية وقت كافي معهم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أطباء ابني وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية يستمعون لي جيدًا
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أطباء ابني وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية حساسين لقيم عائلتي وعاداتها
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أطباء ابني وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية يشرحون الأمور على نحو سهل الفهم

يُرجى ذكر احتياجات طفلك من الخدمات الصحية والتعليمية المتخصصة. تأكد من استكمال كلا العمودين.

	هل طفلك بحاجة إلى المزيد من هذه الخدمة؟		ابني يتلقى هذه الخدمة		
	لا	نعم	لا	نعم	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات الصحة العقلية
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	علاج التخاطب/العلاج اللغوي
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	العلاج الوظيفي
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	العلاج البدني
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التدريب على المهارات الاجتماعية
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الدعم السلوكي
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	دعم واحد-إلى-واحد (مثال، تي اس اس، بي اس سي، أخصائي سلوكيات)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التنسيق بين جهات الدعم
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	علاج متنقل
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إدارة الحالة
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات الاستفادة
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	خدمات الأمراض العصبية
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إدارة الأدوية
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التربية الصحية الجنسية
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات العلاقات
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	معسكر صيفي
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مدرسة صيفية (إي إس واي)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التدريب المهني
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تخطيط المرحلة الانتقالية
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	العمالة المدعومة
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إرشاد وظيفي
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الرعاية الصحية الأولية
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	العناية بالأسنان

يُرجى إخبارنا ما إذا كنت تتفق مع العبارات التالية فيما يتعلق بالخدمات التالية: "يمتلك الخبراء الذين يقدموا هذه الخدمة المهارات اللازمة للعمل مع طفلي."

لا يوجد	لا أتفق تماماً	لا أتفق	متفق	متفق بشدة	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات الصحة العقلية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	علاج التخاطب/العلاج اللغوي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	العلاج الوظيفي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	العلاج البدني
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التدريب على المهارات الاجتماعية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الدعم السلوكي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	دعم واحد-إلى-واحد (مثال، تي اس اس، بي اس سي، أخصائي سلوكيات)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التنسيق بين جهات الدعم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	علاج متنقل
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إدارة الحالة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات الاستفادة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	خدمات الأمراض العصبية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إدارة الأدوية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التربية الصحية الجنسية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات العلاقات
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	معسكر صيفي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مدرسة صيفية (إي إس واي)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	التدريب المهني
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	تخطيط المرحلة الانتقالية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	العمالة المدعومة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إرشاد وظيفي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الرعاية الصحية الأولية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	العناية بالأسنان

إذا كانت الإجابة بنعم، أي من الاختيارات التالية ستزيد من صعوبة حصول طفلك على هذه الخدمات؟ اختر جميع ما ينطبق.

- المواصلات
 مشكلات الجدول الزمني
 لا يوجد مقدمي خدمات في المنطقة
 تكلفة الخدمات/تأميني لا يغطي الخدمات المتوفرة
 لا يوجد عدد كافي من مقدمي الخدمات في المنطقة
 لا يوجد عدد كافي من الموظفين لدى مقدمي الخدمات
 مقدمو الخدمات في المنطقة لن يقابلوا الأشخاص الذين يعانون من التوحد
 لا يوجد
 أخرى _____

هل لدى طفلك نظام تواصل رسمي جاهز؟ (على سبيل المثال، نظام تبادل الصور PECS، أو الأجهزة اللوحية، أو أجهزة توليد النطق، أو أجهزة التواصل المُعززة الأخرى).

- نعم لا أخرى _____

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى اختيار مكان استخدام نظام التواصل. اختر جميع ما ينطبق.

- المنزل المدرسة العمل
 في محيط المجتمع
 أخرى _____

القسم الثامن عشر

فيما يتعلق بالمواصلات، ما هي وسيلة الانتقال الاعتيادية التي تستخدمها للتنقل؟ اختر جميع ما ينطبق.

- قيادة سيارته الخاصة
 راكب سيارة العائلة أو الوالدين
 راكب سيارة خاصة مع الأصدقاء
 أتوبيس أو سيارة تابعة للمقاطعة، أو البلدية، أو منظمة غير ربحية
 سيارة أجرة أو أي سيارة أخرى متاحة للتأجير
 سيرًا على الأقدام
 دراجة هوائية
 راكب سيارة خاصة مع سائق متطوع
 مواصلات عامة
 وسيلة انتقال يوفرها برنامج يومي
 وسيلة انتقال يوفرها منزل جماعي
 وسيلة انتقال توفرها المدرسة/ مؤسسة تعليمية
 مشاركة المركبات (أوبر، ليفت)
 مشاركة السيارة (مثل، زيب كار، إنثيربرايس كار شير)
 أخرى _____

القسم التاسع عشر

هل أنت جزء من فريق دعم أو فريق تأييد؟

- نعم لا، لكن اعتدت على ذلك لا، لكن أود أن أكون لا

إذا كانت الإجابة بنعم، هل كان ذلك عبر الإنترنت أو شخصيًا؟

- عبر الإنترنت شخصيًا كلاهما

إذا كانت الإجابة بنعم، ما السبب وراء كونك جزء من هذا الفريق؟ اختر جميع ما ينطبق.

- صداقة/ الاختلاط الاجتماعي
 الحصول على معلومات
 مصالح مماثلة/خبرة
 زيادة الوعي
 موصى به لي
 إحداث تغيير
 أخرى _____

إذا كانت الإجابة بلا، لماذا؟ اختر جميع ما ينطبق.

- وسائل المواصلات
 لا يوجد بمنطقتي/بعيد للغاية عن موقعي
 لا يوجد وقت كاف
 غير مناسب لسني/غير مناسب لاهتماماتي
 ذو تكلفة مالية/رسوم العضوية
 غير مهتم
 الشعور بالإقصاء/غير قادر على الاندماج
 أخرى _____

هل يواجه طفلك مشكلة في التوافق مع

لا يوجد	أبدًا	في بعض الأحيان	دائمًا	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أحد الوالدين (أو كلاهما) أو أحد مقدمي الرعاية الآخرين
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الإخوة والأخوات
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أفراد العائلة (أجداد، خالات، أعمام، إلى آخره)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مع الآخرين الذين يأتون إلى المنزل ويستخدمون سلوكيات مناسبة اجتماعيًا

يُرجى إبلاغنا باحتياجات أسرتك من خدمات الدعم. يرجى التأكد من استكمال كلا العمودين.

عائلتي بحاجة إلى المزيد من هذه الخدمة		هل تتلقى عائلتك؟		
لا	نعم	لا	نعم	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	رعاية مؤقتة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	رعاية نهائية للبالغين
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات أسرية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مجموعات دعم الأشقاء
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات الصحة العقلية للأشقاء
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مجموعات دعم الآباء
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات الصحة العقلية للآباء

ما مدى اتفاقك مع العبارات التالية أو اختلافك معها: " يمتلك الخبراء الذين يقدموا هذه الخدمة المهارات اللازمة للعمل مع عائلتي. "

لا يوجد	لا أتفق تمامًا	لا أتفق	متفق	متفق بشدة	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	رعاية مؤقتة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	رعاية نهائية للبالغين
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات أسرية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مجموعات دعم الأشقاء
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات الصحة العقلية للأشقاء
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مجموعات دعم الآباء
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات الصحة العقلية للآباء

ما مدى اتفاقك مع العبارات التالية أو اختلافك معها: "هذه الخدمات فعالة في الوفاء باحتياجات عائلتي."

لا يوجد	لا أتفق تمامًا	لا أتفق	متفق	متفق بشدة	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	رعاية مؤقتة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	رعاية نهائية للبالغين
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات أسرية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مجموعات دعم الأصدقاء
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات الصحة العقلية للأصدقاء
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مجموعات دعم الآباء
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات الصحة العقلية للآباء

ما العوائق التي تقف أمام العائلة وتزيد من صعوبة حصولها على هذه الخدمات؟ اختر جميع ما ينطبق.

- الموصلات
 مشكلات الجدول الزمني
 لا يوجد عدد كافي من مقدمي الخدمات في المنطقة
 لا يوجد مقدمي خدمات في المنطقة
 تكلفة الخدمات/تأميني لا يغطي الخدمات المتوفرة
 أخرى

كيف يؤثر توحيد طفلك (ان وجد) على مشاركة عائلتك في العمل؟ اختر جميع ما ينطبق.

شريكي	أنا	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توقفت عن العمل خارج المنزل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ساعات العمل أقل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ساعات العمل أكثر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تغيير رب العمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تغيير نوع العمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تغيير جدول مواعيد العمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تغيير المنصب مع نفس صاحب العمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استخدام قانون الإجازة الطبية للأسرة (FMLA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فقد فرص الترقية/التقدم في المنصب الوظيفي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التسريح من العمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توجيه إنذار/إيقاف عن العمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا يوجد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أخرى _____

نرغب في سؤالك عن مشاركتك في مجتمعك

هل تشترك في النشاطات التالية؟ يرجى التأكد من استكمال كلا العمودين.

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الإشارة إلى طريقة الاشتراك عدد ساعات اشتراكك كل أسبوع	هل تشترك؟		
	لا	نعم	
ساعات			
○	○	○	عمل تطوعي
○	○	○	مجموعات/مؤسسات مجتمعية
○	○	○	الأنشطة الروحية أو الدينية
○	○	○	ممارسة الرياضة
○	○	○	هوايات أو اهتمامات خاصة
○	○	○	أعمال ومهام منزلية
○	○	○	النشاطات الاجتماعية مع الأصدقاء
○	○	○	نشاطات أخرى

يُرجى إخبارنا ما إذا اشتركت في النشاطات التالية بقدر ما تريد في الأيام الثلاثين الماضية، وما إذا كانت هذه النشاطات هامة بالنسبة لك. يرجى التأكد من استكمال كلا العمودين.

هذا أمر هام بالنسبة لي	هل تقوم بهذا النشاط؟			
	لا	نعم	كثير جدًا	
○	○	○	○	الذهاب إلى المكتبة
○	○	○	○	الذهاب إلى قاعة رياضية، أو نادي صحي أو نادي ألعاب رياضية ويشمل حمام سباحة أو المشاركة في مناسبة رياضية (ويتضمن البولينج والتنس والجولف المصغر، إلى آخره)
○	○	○	○	الذهاب إلى مجموعة/مؤسسة تأييد
○	○	○	○	الذهاب إلى مجموعة اجتماعية في المجتمع (على سبيل المثال نادي كتابي، مجموعة هوية، أو مجموعة أخرى من الأشخاص ذوي اهتمامات مماثلة)
○	○	○	○	الذهاب إلى أو المشاركة في الأنشطة أو منظمات مدنية أو سياسية

نشكركم على استكمال تقييم احتياجات مرضى التوحد في بنسلفانيا