

# PA 자폐증 요구 평가

본 설문조사를 완료해주셔서 감사합니다. 대부분의 응답자가 부모/보호자이므로 본 설문에서는 자폐증이 있는 사람을 “귀하의 자녀”라고 호칭합니다. 본 설문에서 사용된 자폐증은 자폐 스펙트럼 장애(ASD)를 가리키는 용어입니다. 자폐증이 있는 첫째 자녀에 대한 본 설문조사를 완료해주시요. 다른 지시사항이 없는 한, 한 질문에 하나의 답변만 선택해주시요. 궁금한 점이 있으시면 ASERT Collaborative에게 이메일(info@paautism.org) 또는 전화(1-877-231-4244)로 문의해주시요.

<b>제1항</b>		
본인의 신원을 밝혀주시요.		
<input type="checkbox"/> 모	<input type="checkbox"/> 부	<input type="checkbox"/> 양부모 <input type="checkbox"/> 기타 _____
귀하는 자폐증 자녀의 법적 보호자이십니까?		
<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 잘 모르겠음
귀하의 현재 혼인 여부를 가장 잘 설명한 항목은 다음 중 어느 것입니까?		
<input type="checkbox"/> 자녀의 다른 부모와 결혼/동거	<input type="checkbox"/> 자녀의 다른 부모 외 다른 사람과 결혼/동거	<input type="checkbox"/> 결혼한 경험 없음
	<input type="checkbox"/> 미망인 / 홀아비	<input type="checkbox"/> 별거 / 이혼
		<input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음
귀하의 인종 / 민족성은 어떻게 됩니까? <u>해당되는 항목을 모두 선택하십시오.</u>		
<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인	<input type="checkbox"/> 한국인
<input type="checkbox"/> 아시아 인디언	<input type="checkbox"/> 중국인	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민
<input type="checkbox"/> 코카서스 백인 / 유럽계 미국인	<input type="checkbox"/> 필리핀인	<input type="checkbox"/> 베트남인
	<input type="checkbox"/> 히스패닉계 또는 라틴아메리카계	<input type="checkbox"/> 기타 _____
	<input type="checkbox"/> 일본인	<input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음
귀하 자녀의 인종 / 민족성은 어떻게 됩니까? <u>해당되는 항목을 모두 선택하십시오.</u>		
<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인	<input type="checkbox"/> 한국인
<input type="checkbox"/> 아시아 인디언	<input type="checkbox"/> 중국인	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민
<input type="checkbox"/> 코카서스 백인 / 유럽계 미국인	<input type="checkbox"/> 필리핀인	<input type="checkbox"/> 베트남인
	<input type="checkbox"/> 히스패닉계 또는 라틴아메리카계	<input type="checkbox"/> 기타 _____
	<input type="checkbox"/> 일본인	<input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음
귀하의 집 주소 5자리 우편번호는 어떻게 됩니까?		
귀하의 최종 학력은 어떻게 됩니까?		
<input type="checkbox"/> 정규 교육을 받았으나 고등학교 중퇴 고등학교 졸업	<input type="checkbox"/> 대학교 중퇴	<input type="checkbox"/> 석사 학위 이상의 전문 학위 또는 박사 학위 (예: MD, DDS, DVM, PhD)
<input type="checkbox"/> 고등학교 졸업 / GED(고졸 학력 인증)	<input type="checkbox"/> 준학사 학위	
<input type="checkbox"/> 직업 / 기술 학교	<input type="checkbox"/> 학사 학위	
	<input type="checkbox"/> 석사 학위	
자녀의 출생 년도와 출생 월은 어떻게 됩니까?		
출생 월(MM) _____		출생 년도(YYYY) _____
자녀의 성별은?		
<input type="checkbox"/> 남	<input type="checkbox"/> 여	<input type="checkbox"/> 기타 _____
귀하의 자녀는 입양아입니까?		
<input type="checkbox"/> 아니오		
<input type="checkbox"/> 예 귀하의 자녀는 입양 당시 몇 살이었습니까? _____		

귀하의 자폐증 자녀에게 형제자매가 몇 명 있습니까? (의붓 형제자매, 이복 형제자매 등을 포함)

그 형제자매들 가운데 또 몇 명이 자폐증 진단을 받았습니까?

귀하의 연가계소득과 가장 비슷한 금액대는 얼마입니까?

<input type="checkbox"/> \$0-\$10,000	<input type="checkbox"/> \$40,001-\$50,000	<input type="checkbox"/> \$80,001-\$90,000
<input type="checkbox"/> \$10,001-\$20,000	<input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000	<input type="checkbox"/> \$90,001-\$100,000
<input type="checkbox"/> \$20,001-\$30,000	<input type="checkbox"/> \$60,001-\$70,000	<input type="checkbox"/> \$100,000 +
<input type="checkbox"/> \$30,001-\$40,000	<input type="checkbox"/> \$70,001-\$80,000	

### 제2항

귀하의 자폐증 자녀의 전반적인 건강을 12개월 전과 비교해서 어떻게 평가하시겠습니까?

개선됨                       악화됨                       똑같음

선택한 이유를 설명해주시시오

귀하의 자녀가 마지막으로 치과 진료를 받은 후 시간이 대략 얼마 경과했습니까? (치과 교정 전문의, 구강 외과의, 치과 위생사와 같은 모든 유형의 치과 전문인 / 전문의 포함.)

6개월 미만 전                       6개월 - 1년 전                       1년 초과 전

귀하의 자녀가 마지막으로 정기 검진을 받은 후 시간이 대략 얼마 경과했습니까? (정기 검진은 특정한 부상, 질병, 또는 상태에 대한 검사가 아니라 일반 신체 검사입니다.)

6개월 미만 전                       6개월 - 1년 전                       1년 초과 전

귀하의 자폐증 자녀가 비타민 이외에 현재 처방 받은 약물이 있습니까?

예                                       아니오                                       잘 모르겠음

그렇다면, 어떤 약물을 처방받았는지 나열해주시시오.

### 제3항

귀하의 자녀는 자폐증 진단 검사를 받는 것이...

매우 쉬웠다     다소 쉬웠다     다소 어려웠다     매우 어려웠다     해당 없음

“다소 어려웠다” 또는 “매우 어려웠다”라고 답하셨다면 어떤 점에서 자폐증 진단 검사를 받기가 어려웠습니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

<input type="checkbox"/> 의사 / 전문인 찾기	<input type="checkbox"/> 건강 보험 보장 범위	<input type="checkbox"/> 보육 서비스 부족
<input type="checkbox"/> 교통편	<input type="checkbox"/> 일정 관리 문제	<input type="checkbox"/> 언어 장벽 / 통역 서비스 부족
<input type="checkbox"/> 소개 받기	<input type="checkbox"/> 비용 / 본인부담금	<input type="checkbox"/> 기타 _____
<input type="checkbox"/> 보호자 지위	<input type="checkbox"/> 긴 대기 시간	

귀하의 자녀는 자폐증 진단을 받기 전에 다음 진단을 받았습니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

<input type="checkbox"/> 불안 장애	<input type="checkbox"/> 지적 장애(구 용어는 정신 지체)
<input type="checkbox"/> 주의력 결핍 / 과잉 행동 장애(ADHD)	<input type="checkbox"/> 강박 장애(OCD)
<input type="checkbox"/> 양극성 장애	<input type="checkbox"/> 반항 장애(ODD)
<input type="checkbox"/> 중추 청각 처리 장애(CAPD)	<input type="checkbox"/> 조현병 또는 기타 정신병적 장애
<input type="checkbox"/> 品行 장애(CD)	<input type="checkbox"/> 발작 / 발작 장애 / 간질
<input type="checkbox"/> 우울증	<input type="checkbox"/> 감각 통합 장애
<input type="checkbox"/> 발달 지연	<input type="checkbox"/> 외상 후 스트레스 장애(PTSD)
<input type="checkbox"/> 청각 장애	<input type="checkbox"/> 약물 사용 장애
<input type="checkbox"/> 저장 장애	<input type="checkbox"/> 없음
<input type="checkbox"/> 학습 장애	<input type="checkbox"/> 기타 _____

<p>귀하의 자폐증 자녀는 현재 다음 장애를 진단받았습니까? <u>해당되는 항목을 모두 선택하십시오.</u></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 불안 장애</td> <td><input type="checkbox"/> 지적 장애 (구 용어는 정신 지체)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 주의력 결핍 / 과잉 행동 장애(ADHD)</td> <td><input type="checkbox"/> 강박 장애(OCD)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 양극성 장애</td> <td><input type="checkbox"/> 반항 장애(ODD)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 증추 청각 처리 장애(CAPD)</td> <td><input type="checkbox"/> 조현병 또는 기타 정신병적 장애</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 품행 장애(CD)</td> <td><input type="checkbox"/> 발작 / 발작 장애 / 간질</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 우울증</td> <td><input type="checkbox"/> 감각 통합 장애</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 발달 지연</td> <td><input type="checkbox"/> 외상 후 스트레스 장애(PTSD)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 청각 장애</td> <td><input type="checkbox"/> 약물 사용 장애</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 저장 장애</td> <td><input type="checkbox"/> 없음</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 학습 장애</td> <td><input type="checkbox"/> 기타 _____</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> 불안 장애	<input type="checkbox"/> 지적 장애 (구 용어는 정신 지체)	<input type="checkbox"/> 주의력 결핍 / 과잉 행동 장애(ADHD)	<input type="checkbox"/> 강박 장애(OCD)	<input type="checkbox"/> 양극성 장애	<input type="checkbox"/> 반항 장애(ODD)	<input type="checkbox"/> 증추 청각 처리 장애(CAPD)	<input type="checkbox"/> 조현병 또는 기타 정신병적 장애	<input type="checkbox"/> 품행 장애(CD)	<input type="checkbox"/> 발작 / 발작 장애 / 간질	<input type="checkbox"/> 우울증	<input type="checkbox"/> 감각 통합 장애	<input type="checkbox"/> 발달 지연	<input type="checkbox"/> 외상 후 스트레스 장애(PTSD)	<input type="checkbox"/> 청각 장애	<input type="checkbox"/> 약물 사용 장애	<input type="checkbox"/> 저장 장애	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 학습 장애	<input type="checkbox"/> 기타 _____
<input type="checkbox"/> 불안 장애	<input type="checkbox"/> 지적 장애 (구 용어는 정신 지체)																									
<input type="checkbox"/> 주의력 결핍 / 과잉 행동 장애(ADHD)	<input type="checkbox"/> 강박 장애(OCD)																									
<input type="checkbox"/> 양극성 장애	<input type="checkbox"/> 반항 장애(ODD)																									
<input type="checkbox"/> 증추 청각 처리 장애(CAPD)	<input type="checkbox"/> 조현병 또는 기타 정신병적 장애																									
<input type="checkbox"/> 품행 장애(CD)	<input type="checkbox"/> 발작 / 발작 장애 / 간질																									
<input type="checkbox"/> 우울증	<input type="checkbox"/> 감각 통합 장애																									
<input type="checkbox"/> 발달 지연	<input type="checkbox"/> 외상 후 스트레스 장애(PTSD)																									
<input type="checkbox"/> 청각 장애	<input type="checkbox"/> 약물 사용 장애																									
<input type="checkbox"/> 저장 장애	<input type="checkbox"/> 없음																									
<input type="checkbox"/> 학습 장애	<input type="checkbox"/> 기타 _____																									
<p>어떤 유형의 전문가가 귀하의 자폐증 자녀를 처음 진단했습니까? <u>해당되는 항목을 모두 선택하십시오.</u></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 발달 소아과 의사</td> <td><input type="checkbox"/> 1차 진료의</td> <td><input type="checkbox"/> 잘 모르겠음</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 신경과 의사</td> <td>(가정의 / 소아과 의사)</td> <td><input type="checkbox"/> 기타 _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 정신과 의사</td> <td><input type="checkbox"/> 심리학자</td> <td></td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> 발달 소아과 의사	<input type="checkbox"/> 1차 진료의	<input type="checkbox"/> 잘 모르겠음	<input type="checkbox"/> 신경과 의사	(가정의 / 소아과 의사)	<input type="checkbox"/> 기타 _____	<input type="checkbox"/> 정신과 의사	<input type="checkbox"/> 심리학자												
<input type="checkbox"/> 발달 소아과 의사	<input type="checkbox"/> 1차 진료의	<input type="checkbox"/> 잘 모르겠음																								
<input type="checkbox"/> 신경과 의사	(가정의 / 소아과 의사)	<input type="checkbox"/> 기타 _____																								
<input type="checkbox"/> 정신과 의사	<input type="checkbox"/> 심리학자																									
<p>자폐증 진단을 받을 당시 귀하의 자녀는 몇 살이었습니까?</p> <input type="checkbox"/> _____살 <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음																										
<p>자폐증 진단을 받은 후, 어떤 종류의 후속 조치와 자원 / 서비스를 받았습니까? <u>해당되는 항목을 모두 선택하십시오.</u></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 후속 조치 예약</td> <td><input type="checkbox"/> 웹사이트, 연구문헌 참조(예:유인물, 안내책자)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 추후 평가를 해줄 전문의 소개</td> <td><input type="checkbox"/> 없음</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 치료를 해줄 전문의 소개</td> <td><input type="checkbox"/> 기타 _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 조기 중재 서비스 소개</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 지원 단체 소개</td> <td></td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> 후속 조치 예약	<input type="checkbox"/> 웹사이트, 연구문헌 참조(예:유인물, 안내책자)	<input type="checkbox"/> 추후 평가를 해줄 전문의 소개	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 치료를 해줄 전문의 소개	<input type="checkbox"/> 기타 _____	<input type="checkbox"/> 조기 중재 서비스 소개		<input type="checkbox"/> 지원 단체 소개											
<input type="checkbox"/> 후속 조치 예약	<input type="checkbox"/> 웹사이트, 연구문헌 참조(예:유인물, 안내책자)																									
<input type="checkbox"/> 추후 평가를 해줄 전문의 소개	<input type="checkbox"/> 없음																									
<input type="checkbox"/> 치료를 해줄 전문의 소개	<input type="checkbox"/> 기타 _____																									
<input type="checkbox"/> 조기 중재 서비스 소개																										
<input type="checkbox"/> 지원 단체 소개																										
<p>귀하의 자녀는 조기 중재 서비스를 받았습니까?</p> <input type="checkbox"/> 예. 몇 살부터 서비스를 받기 시작했습니까? _____ <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 <input type="checkbox"/> 아니오																										
<p>귀하의 자녀는 다음 계획에 등록되어 있습니까? <u>해당되는 항목을 모두 선택하십시오.</u></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 개별화 가족 서비스 계획(IFSP)</td> <td><input type="checkbox"/> 개별 지원 계획(ISP)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 개별화 교육 계획(IEP)</td> <td><input type="checkbox"/> 없음</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 504 계획</td> <td><input type="checkbox"/> 잘 모르겠음</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> 개별화 가족 서비스 계획(IFSP)	<input type="checkbox"/> 개별 지원 계획(ISP)	<input type="checkbox"/> 개별화 교육 계획(IEP)	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 504 계획	<input type="checkbox"/> 잘 모르겠음														
<input type="checkbox"/> 개별화 가족 서비스 계획(IFSP)	<input type="checkbox"/> 개별 지원 계획(ISP)																									
<input type="checkbox"/> 개별화 교육 계획(IEP)	<input type="checkbox"/> 없음																									
<input type="checkbox"/> 504 계획	<input type="checkbox"/> 잘 모르겠음																									
<p>귀하의 자녀가 개별화 가족 서비스 계획(IFSP)에 등록되어 있다면, 다음 질문에 답변해주시요. <u>반드시 세 칸 모두 작성해주세요.</u></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">자녀의 요구를 모두 충족시킨다는 측면에서 이 계획에 만족하십니까?</th> <th colspan="2">가장 최근 열린 IFSP 회의에 참석하십니까?</th> <th colspan="2">귀하의 의견이 이 계획에 포함되었습니까?</th> </tr> <tr> <th>예</th> <th>아니오</th> <th>예</th> <th>아니오</th> <th>예</th> <th>아니오</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>개별화 가족 서비스 계획(IFSP)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>								자녀의 요구를 모두 충족시킨다는 측면에서 이 계획에 만족하십니까?		가장 최근 열린 IFSP 회의에 참석하십니까?		귀하의 의견이 이 계획에 포함되었습니까?		예	아니오	예	아니오	예	아니오	개별화 가족 서비스 계획(IFSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	자녀의 요구를 모두 충족시킨다는 측면에서 이 계획에 만족하십니까?		가장 최근 열린 IFSP 회의에 참석하십니까?		귀하의 의견이 이 계획에 포함되었습니까?																					
	예	아니오	예	아니오	예	아니오																				
개별화 가족 서비스 계획(IFSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

귀하의 자녀가 개별화 교육 계획(IEP)에 등록되어 있다면, 다음 질문에 답변해주세요.  
 반드시 세 칸 모두 작성해주세요.

	자녀의 요구를 모두 충족시킨다는 측면에서 이 계획에 만족하십니까?		가장 최근 열린 IEP 회의에 참석하셨습니다가?		귀하의 의견이 이 계획에 포함되었습니까?	
	예	아니오	예	아니오	예	아니오
개별화 교육 계획(IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하의 자녀가 504 계획에 등록되어 있다면, 다음 질문에 답변해주세요.  
 반드시 세 칸 모두 작성해주세요.

	자녀의 요구를 모두 충족시킨다는 측면에서 이 계획에 만족하십니까?		가장 최근 열린 504 계획 회의에 참석하셨습니다가?		귀하의 의견이 이 계획에 포함되었습니까?	
	예	아니오	예	아니오	예	아니오
504 계획	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하의 자녀가 개별 지원 계획(ISP)에 등록되어 있다면, 다음 질문에 답변해주세요.  
 반드시 세 칸 모두 작성해주세요.

	자녀의 요구를 모두 충족시킨다는 측면에서 이 계획에 만족하십니까?		가장 최근 열린 ISP 회의에 참석하셨습니다가?		귀하의 의견이 이 계획에 포함되었습니까?	
	예	아니오	예	아니오	예	아니오
개별 지원 계획(ISP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**제4항**

귀하의 자녀는 다음 종류의 건강 보험으로 보장을 받으십니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 귀하 또는 가족 구성원이 직장을 통해 가입한 민간 건강 보험       | <input type="checkbox"/> 재향군인 혜택 또는 TRICARE(트라이케어) |
| <input type="checkbox"/> 귀하 또는 가족 구성원이 (직장을 통하지 않고) 가입한 민간 건강 보험 | <input type="checkbox"/> 치과 보험                     |
| <input type="checkbox"/> Medicaid(의료 지원), CHIP, 또는 Medicare      | <input type="checkbox"/> 안과 보험                     |
|  | <input type="checkbox"/> 처방 약물 보장 보험               |
|  | <input type="checkbox"/> 기타 _____                  |

귀하의 자녀는 현재 의료 지원 프로그램 또는 Medicaid에 등록되어 있습니까?

- 예     아니오     잘 모르겠음

귀하의 자녀는 현재 다음 의료 지원 프로그램 또는 Medicaid 프로그램에 등록되어 있습니까?

- |   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 성인 자폐증 웨이버             | <input type="checkbox"/> 통합 웨이버    | <input type="checkbox"/> 기타 _____      |
| <input type="checkbox"/> 성인 커뮤니티 자폐증 프로그램(ACAP) | <input type="checkbox"/> P/FDS 웨이버 | <input type="checkbox"/> 상기 항목 중 해당 없음 |
|   | <input type="checkbox"/> OBRA 웨이버  |  |

귀하의 자녀는 현재 대기자 명단 또는 관심자 명단에 이름이 올라 있습니까?

- 지적장애인을 위한 프로그램 대기자 명단(P/FDS 또는 통합 웨이버)  
 자폐증 서비스국을 통해 제공되는 프로그램 관심자 명단(BAS - 성인 자폐증 웨이버 또는 ACAP)  
 둘 모두 해당  
 둘 모두 해당 안 됨  
 잘 모르겠음

### 제5항

귀하의 자녀는 의학적 이유로 복용해야 하는 약물 이외의 다른 약물(비타민 제외)을 복용한 적이 있습니까?

예  아니오  잘 모르겠음  답변하고 싶지 않음

귀하의 자녀는 약물(처방약 또는 불법약)을 과잉복용한 적이 있습니까?

예  아니오  잘 모르겠음  답변하고 싶지 않음

### 제6항

작년에 귀하의 자녀는 행동적 또는 정신의학적 이유로 응급실에 실려갔습니까?

예, \_\_\_\_\_번  아니오  답변하고 싶지 않음

작년에 귀하의 자녀는 행동적 또는 정신의학적 이유로 병원 또는 유사 병원에 입원했습니까?

예, \_\_\_\_\_번  아니오  답변하고 싶지 않음

귀하의 자녀가 가장 최근에 병원 또는 유사 병원에 입원한 경험을 바탕으로 다음 질문들에 답변해주시시오.

귀하의 자녀가 병원 또는 유사 병원에 입원한 이유는 무엇이었습니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

공격성  우울증  강박증의 현저한 악화  
 불안감  가출 / 무단 결석  기타 \_\_\_\_\_  
 반항적 / 적대적 행동  자해 행동  잘 모르겠음

귀하는 자녀의 입원과 관련하여 다음 측면들에 얼마나 만족 또는 불만족하십니까?

	매우 만족함	만족함	불만족함	매우 불만족함
치료의 질	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
퇴원 계획	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
병원 직원이 치료 계획에 부모를 포함시킴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하의 자녀는 어떤 경로로 입원했습니까?

내 자녀(14세 미만)의 부모가 입원시켰다  
 내 청소년 자녀(14 ~ 18세)의 부모가 자녀의 동의 하에 입원시켰다  
 내 청소년 자녀(14 ~ 18세)의 부모가 자녀의 동의 없이 입원시켰다  
 내 성인 자녀(18세 이상)가 스스로 입원했다(201, 자발적 치료)  
 내 성인 자녀(18세 이상)가 자기 뜻과 다르게 입원했다(302, 비자발적 치료)  
 답변하고 싶지 않음

귀하의 자녀는 병원 또는 유사 병원에 얼마 동안 입원해 있었습니까?

24시간 미만  24-48시간  2일 초과, 기간을 자세히 기입해주시시오 \_\_\_\_\_

귀하의 자녀가 행동적 또는 정신의학적 이유로 병원 또는 유사 병원에 입원한 것은 이번이 처음입니까?

예  아니오  잘 모르겠음

귀하의 자녀가 행동적 또는 정신의학적 이유로 가장 최근에 병원에 입원한 일에 대해 좀더 자세히 설명해주시시오.

### 제7항

귀하의 자녀의 행동으로 인해 경찰 / 사법 제도와의 사이에서 다음과 같은 일을 겪으신 적이 있습니까?  
해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 경찰이 출동했다                       | <input type="checkbox"/> 교도소에서 복역했다           |
| <input type="checkbox"/> 교통 위반 이외의 다른 이유로 경찰의 불심검문을 받았다 | <input type="checkbox"/> 경범죄 또는 중죄 혐의로 기소되었다  |
| <input type="checkbox"/> 경찰 경고장이 발부되었다(교통 위반 이외의 이유)    | <input type="checkbox"/> 보호 관찰 처분 또는 가석방 상태이다 |
| <input type="checkbox"/> 소환장이 발부되었다                     | <input type="checkbox"/> 기타 _____             |
| <input type="checkbox"/> 경찰에 체포되었다                      | <input type="checkbox"/> 없음                   |
|   | <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음           |

귀하의 자녀는 범죄 피해자가 된 적이 있습니까?

- 예  아니오  답변하고 싶지 않음

관찰으시다면, 귀하의 자녀가 경찰 또는 다른 사법 제도 직원과의 사이에서 겪은 일이나 범죄 피해자로서 겪은 일을 좀더 자세히 설명해주시시오.

### 제8항

자폐증 환자의 양부모에 해당되시는 분은 다음 질문에 답변하십시오. 그렇지 않다면, 제9항으로 건너 뛰십시오.

작년에 귀하는 양부모로서의 역할과 책임을 수행하기 위한 지원, 훈련 또는 자원을 받으셨습니까?  
 예  아니오

'예'라고 답하셨다면, 그 지원, 훈련 또는 자원을 누가 제공했는지, 그 훈련을 통해 해당 역할과 책임을 수행할 준비를 갖추 수 있었다고 생각하시는지를 답변하십시오. 반드시 세 칸 모두 작성하십시오.

	귀하는 이 기관으로부터 훈련, 지원, 또는 자원을 받으셨습니까?		이 훈련을 받은 후 준비가 되신 것 같습니다?			이 훈련은 자폐증 전문 훈련이었습니까?		
	예	아니오	예	아니오	해당 없음	예	아니오	해당 없음
카운티 아동 및 청소년 복지 기관	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자녀가 다니는 학교	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
민간 위탁 양육 기관, 구체적으로 기입 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하의 위탁 양육 경험에 대한 다음 질문에 답변해주세요.

	거의 / 전혀 포함되지 않음	가끔 포함됨	대체로 포함됨	항상 / 거의 항상 포함됨
귀하는 자녀 치료 팀의 일원으로 포함되었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
귀하는 자녀를 위한 진료에 대한 다른 회의에 참여자로 포함되었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
귀하가 요청하면 도움을 얻을 수 있었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 제9항

작년에 귀하의 자녀는 주거 시설에 입소했습니까?

- 예                     
 아니오, 하지만 현재 대기자명단에 이름이 있음                     
 아니오, 대기자 명단에 이름이 없음                     
 답변하고 싶지 않음

귀하의 자녀가 주거 시설에 입소했다면, 다음 질문에 답변해주세요. 그렇지 않으면, 제10항으로 건너 뛰십시오.

이 주거 시설은 귀하의 집에서 대략 몇 마일 떨어져 있습니까?

- 0-20마일                     
 41-60마일                     
 81-100마일                     
 잘 모르겠음  
 21-40마일                     
 61-80마일                     
 100마일 이상

귀하의 자녀는 왜 주거 시설에 입소하였습니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- 공격성   
 가출 / 무단 결석  
 불안감   
 자해 행동  
 반항적 / 적대적 행동                                     
 강박증의 현저한 악화  
 우울증   
 기타 \_\_\_\_\_

귀하의 자녀는 주거형 치료 시설에 얼마나 오래 머물고 있습니까 / 머물렀습니까?

- 1주 미만   
 1 - 4주   
 4주 초과

귀하는 자녀의 주거 시설 입소와 관련하여 다음 측면들에 얼마나 만족 또는 불만족하십니까?

	매우 만족함	만족함	불만족함	매우 불만족함
치료의 질	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
퇴원 계획	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
병원 직원이 치료 계획에 부모를 포함시킴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

지역사회 기반 서비스(레크리에이션, 스포츠, 자원봉사 기회 등)에 대한 정보가 퇴원 계획에 포함되었습니까?

- 예   
 아니오   
 잘 모르겠음

치료 / 퇴원 계획이 이해하기 쉽게 작성되었습니까?

- 예   
 아니오

## 제10항

귀하의 자녀는 다음 활동을 할 수 있습니까?

	혼자 힘으로 가능	도움을 받으면 가능	불가능	해당 없음
화장실 이용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
혼자 밥먹기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
혼자 옷입기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
필요한 물건 요청하기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
원하는 물건 요청하기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아프거나 다쳤다는 표현하기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
요리/식사 준비	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
금전 관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
운전 / 대중 교통 / 자전거 / 도보를 이용해 이동하기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하의 자녀는 현재 다음에 대한 서비스 또는 기타 지원을 받고 있습니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |                                |                                    |                             |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 자해 행동 | <input type="checkbox"/> 공격적 행동    | <input type="checkbox"/> 없음 |
| <input type="checkbox"/> 불면증   | <input type="checkbox"/> 가출, 무단 결석 |                             |
| <input type="checkbox"/> 불안감   | <input type="checkbox"/> 화장실 이용    |                             |

귀하의 자녀는 현재 행동 건강 재활 서비스(BHRS 또는 'wraparound')를 받고 있습니까?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 예, 학교에서                | <input type="checkbox"/> 아니오, 하지만 검사를 완료했고 발달 단계에<br>맞추어 받을 계획임 |
| <input type="checkbox"/> 예, 집에서 / 지역사회에서        | <input type="checkbox"/> 아니오                                    |
| <input type="checkbox"/> 예, 학교와 집 / 지역사회 둘 모두에서 | <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음                                 |
| <input type="checkbox"/> 아니오, 하지만 검사 대기 중       |   |

그렇다면, 귀하는 치료 팀으로부터 받는 지원에 얼마나 만족하십니까?

- 매우 만족       만족       불만족       매우 불만족

## 제11항

귀하의 자녀는 현재 직업이 있습니까? 유급직만 포함시키십시오.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 예, 전일제 근로자(주 35시간 이상 근무) | <input type="checkbox"/> 아니오, 구직 활동 중                  |
|   | <input type="checkbox"/> 아니오, 은퇴자                      |
| <input type="checkbox"/> 예, 시간제 근로자(주 35시간 미만 근무) | <input type="checkbox"/> 아니오, 은퇴자도 아니며 구직 활동도<br>하지 않음 |

그렇다면, 귀하의 자녀는 어떤 유형의 직업을 갖고 있습니까?

- |                                      |                                     |                                   |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 사무 / 행정 지원  | <input type="checkbox"/> 음식 준비 / 서빙 | <input type="checkbox"/> 생산 / 제조  |
| <input type="checkbox"/> 영업직(소매업 포함) | <input type="checkbox"/> 운송 / 자재 취급 | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |

귀하의 자녀는 직업재활청(OVR)을 통해 현재 서비스를 받고 있거나 이전에 서비스를 받았습니까?

- 예       아니오       잘 모르겠음       답변하고 싶지 않음

일 자리를 찾고 유지하기 위해 귀하의 자녀에게 어떤 유형의 지원이 필요하다고 생각하십니까?

해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 취업 기회 찾기에 대한 지원       | <input type="checkbox"/> 계속 진행 중인 지원  |
| <input type="checkbox"/> 취업 신청과 면접에 대한 지원      | <input type="checkbox"/> 어떤 지원도 필요 없다 |
| <input type="checkbox"/> 문제나 새로운 상황이 생겼을 때의 지원 | <input type="checkbox"/> 기타 _____     |
| <input type="checkbox"/> 단기 지원                 |                                       |



### 제12항

귀하의 자녀의 현재 주거 상황은 어떻습니까?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 부모 또는 기타 친인척과 가정집에서 동거      | <input type="checkbox"/> 지원을 받아 독거(임대 또는 자가 주택) |
| <input type="checkbox"/> 주거 시설(주립 병원 또는 주립 센터 포함)    | <input type="checkbox"/> 지원 없이 독거(임대 또는 자가 주택)  |
| <input type="checkbox"/> 그룹 홈에서                      | <input type="checkbox"/> 거주지가 일정치 않음            |
| <input type="checkbox"/> 룸메이트 / 배우자와 동거(임대 또는 자가 주택) | <input type="checkbox"/> 기타 _____               |

귀하의 자녀는 현재의 주거 상황에서 생활한지 얼마나 되었습니까?

- 평생       1년 미만       1-2년       3-5년       5년 초과

귀하는 자녀의 현재 주거 형태에 얼마나 만족하십니까?

- 매우 만족       만족       불만족       매우 불만족

귀하의 자녀는 사용하지 않는 물건을 내다버리는 것을 얼마나 어려워하십니까?

- 매우 어려워한다       다소 어려워한다       전혀 어려워하지 않는다

생활 공간이 어질러져 있어서 일상 활동에 방해 받는 일이 귀하의 자녀에게 얼마나 자주 있습니까?

(예를 들어, 장난감, 학교 준비물, 또는 기타 소지품을 찾을 수 없거나 생활 공간을 돌아다니기가 어려움.)

- 항상 있음       대부분 있음       가끔 있음       전혀 없음

### 제13항

귀하의 자녀는 현재 학교에 다닙니까?

- 예       아니오

그렇다면, 현재 어느 학교에 다닙니까?

- |                               |                                  |                                   |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 어린이집 | <input type="checkbox"/> 고등학교    | <input type="checkbox"/> 직업 훈련 학교 |
| <input type="checkbox"/> 유치원  | <input type="checkbox"/> 2년제 대학교 | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| <input type="checkbox"/> 초등학교 | <input type="checkbox"/> 4년제 대학교 |                                   |
| <input type="checkbox"/> 중등학교 | <input type="checkbox"/> 대학원     |                                   |

그렇지 않다면, 귀하 자녀의 최종 학력은 어떻게 됩니까?

- |   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 정규 교육을 마치지 못함                        | <input type="checkbox"/> 직업 / 기술 학교 | <input type="checkbox"/> 석사 학위 이상의 학위 또는 박사 학위 (예: MD, DDS, DVM, PhD) |
| <input type="checkbox"/> 어느 정도 정규 교육을 받음, 고등학교 졸업             | <input type="checkbox"/> 대학교 중퇴     |   |
| <input type="checkbox"/> 고등학교 졸업 / GED(고졸 학력 인증) 또는 대체가능한 자격증 | <input type="checkbox"/> 준학사 학위     |   |
|   | <input type="checkbox"/> 학사 학위      |   |
|   | <input type="checkbox"/> 석사 학위      |   |

귀하의 자녀가 현재 재학 중이라면, 다음 질문에 답변해주세요. 그렇지 않다면, 제14항으로 건너 뛰십시오.

작년에 귀하의 자녀는 학교에서 다음과 같은 징계를 받았습니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |                                  |                                     |  |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 휴학 / 유급 | <input type="checkbox"/> 방과 후 남게 하기 | <input type="checkbox"/> 퇴학            |
| <input type="checkbox"/> 퇴실 조치   | <input type="checkbox"/> 정학         | <input type="checkbox"/> 상기 항목 중 해당 없음 |
|                                  | <input type="checkbox"/> 자퇴         |  |

귀하의 자녀는 현재 어떤 범주의 특수 교육을 받고 있습니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 자폐아 지원            | <input type="checkbox"/> 다중 장애                         |
| <input type="checkbox"/> 정서적 지원            | <input type="checkbox"/> 없음(내 자녀는 특수 교육 서비스를 받고 있지 않음) |
| <input type="checkbox"/> 학습 장애             | <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음                        |
| <input type="checkbox"/> 지적 장애(구 용어로 정신)지체 | <input type="checkbox"/> 기타 _____                      |

### 제14항

귀하는 자녀를 더 이상 돌볼 수 없게 될 경우를 대비해 어떤 장기 계획을 세우셨습니까?

해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |                                   |                                 |                                      |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 주택 계획    | <input type="checkbox"/> 보호자 지정 | <input type="checkbox"/> 현재 계획 수립 중  |
| <input type="checkbox"/> 금융 신탁 설정 | <input type="checkbox"/> 위임권 지정 | <input type="checkbox"/> 현재 계획한 바 없음 |

귀하는 이러한 계획을 세우고 유지하는 것에 얼마나 관심이 있으십니까?					
	매우 관심 있음	관심 있음	다소 관심 있음	관심 없음	해당 없음
주택 계획	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
금융 신탁 설정	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
보호자 지정	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
위임권 지정	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
현재 계획 수립 중	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
귀하는 이러한 계획을 적절히 준비할 만큼의 자원을 갖추었다고 생각하십니까?					
	예	아니오	해당 없음		
주택 계획	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
금융 신탁 설정	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
보호자 지정	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
위임권 지정	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
현재 계획 수립 중	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
제15항					
다음 서비스들이 아는 서비스, 참여하는 서비스, 관련 정보가 더 필요한 서비스 중 어느 항목에 해당하는지 표시해주시시오.					
	참여하는 서비스	아는 서비스	관련 정보가 더 필요한 서비스		
직업재활청	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
사회 보장 혜택	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
기타 정부 지원(식권 지급, 주택 보조금 지원 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
제16항					
다음 문제로 인해 귀하의 자녀가 지역사회 활동(예:스포츠, 클럽, 취미 또는 기타 조직화된 활동)에 방해받거나 참여하지 못한 일이 있었는지 답변해주시시오.					
	예	아니오	잘 모르겠음		
정서적 도전(불안, 우울, 두려움 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
행동적 도전(공격성, 자해 행위 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
신체적 도전(접근성, 이동성 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

귀하의 자녀는 다음 활동에 참여하고 있습니까? **반드시 두 칸을 모두 작성해주세요.**

	그들은 참여합니까?		그렇다면 일주일에 몇 시간 참여합니까?
	예	아니오	시간
자원봉사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
그룹, 클럽, 또는 조직	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
영적 또는 종교적 활동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
운동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
조직화된 또는 레크리에이션 스포츠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
취미 또는 특별한 관심사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
가사 노동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
친구와의 사회 활동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
기타 활동 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**제17항**

귀하의 자녀가 서비스를 받는 과정에서 귀하가 겪은 일을 반영한 응답을 선택해주세요.

	전적으로 동의함	동의함	반대함	전적으로 반대함	해당 없음
일반적으로, 나는 내 자녀를 위한 서비스를 받는 과정에서 장애물을 경험했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
의사 및 기타 의료 서비스 제공자가 내 자녀에게 충분한 시간을 내주었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
의사 및 기타 의료 서비스 제공자가 내 말을 경청해주었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
의사 및 기타 의료 서비스 제공자가 내 가족의 가치와 관습에 민감하게 반응해주었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 이해하기 쉽게 내용을 설명해주었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하 자녀의 건강 및 교육 서비스 요구에 대한 질문에 답변해주시오. 반드시 두 칸을 모두 작성해주시오.

	내 자녀는 이 서비스를 받고 있다		귀하의 자녀는 이 서비스를 더 많이 받아야 합니까?	
	예	아니오	예	아니오
정신 건강 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
언어 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
직업 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
물리 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
사회성 기술 훈련	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
행동 지원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
일대일 지원(예: TSS, BSC, 행동 건강 전문가)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
지원 조정	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
이동성 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
사례 관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
혜택 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
신경학 서비스	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
약물 복용 관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
성 건강 교육	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
관계 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
여름 캠프	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
여름 학교(ESY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
직업 훈련	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
전환 계획	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
고용 지원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
경력 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1차 진료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
치과 진료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

다음 서비스에 관한 설명문에 동의하시는지 답변해주시요. “이 서비스를 제공하는 전문가들이 내 자녀를 치료하는 데 필요한 기술을 갖추었습니다.”

	전적으로 동의함	동의함	반대함	전적으로 반대함	해당 없음
정신 건강 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
언어 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
직업 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
물리 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
사회성 기술 훈련	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
행동 지원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
일대일 지원(예: TSS, BSC, 행동 건강 전문가)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
지원 조정	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
이동성 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
사례 관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
혜택 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
신경학 서비스	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
약물 복용 관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
성 건강 교육	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
관계 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
여름 캠프	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
여름 학교(ESY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
직업 훈련	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
전환 계획	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
고용 지원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
경력 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1차 진료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
치과 진료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하는 자녀를 위한 서비스를 받기 위해 노력하는 과정에서 다음 중 어떤 장애물을 경험하십니까?  
해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 교통편                                       | <input type="checkbox"/> 제공자의 직원 수가 충분하지 않다            |
| <input type="checkbox"/> 일정 관리 문제                                  | <input type="checkbox"/> 구역 내에 자폐증 환자를 진료하는<br>제공자가 없다 |
| <input type="checkbox"/> 구역 내에 서비스 제공자가 충분하지 않다                    | <input type="checkbox"/> 없음                            |
| <input type="checkbox"/> 서비스 비용 / 내가 가입한 보험으로 보장받을 수<br>있는 서비스가 없다 | <input type="checkbox"/> 기타 _____                      |
| <input type="checkbox"/> 구역 내에 서비스 제공자가 없다                         |  |

귀하의 자녀는 공식 커뮤니케이션 시스템을 갖추고 있습니까? (예를 들어, 사진 교환  
 커뮤니케이션 시스템(PECS), 태블릿, 언어 소통 기기, 또는 기타 보완 커뮤니케이션 시스템.)

- 예  아니오  기타 \_\_\_\_\_

그렇다면 귀하의 자녀가 커뮤니케이션 시스템을 사용하는 환경을 선택해주십시오. 해당되는 항목을  
 모두 선택하십시오.

- 집  학교  기타 \_\_\_\_\_  
 직장  지역사회 내

### 제18항

교통편의 측면에서 귀하의 자녀는 목적지까지 보통 어떻게 이동합니까? 해당되는 항목을  
 모두 선택하십시오.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 자가용으로 자가 운전                       | <input type="checkbox"/> 자원봉사자가 운전하는 자가용에 승객으로<br>탑승               |
| <input type="checkbox"/> 부모 또는 다른 가족 구성원과 자가용동승            | <input type="checkbox"/> 대중 교통 이용                                  |
| <input type="checkbox"/> 친구와 자가용 동승                        | <input type="checkbox"/> 데이 프로그램이 제공하는 교통편                         |
| <input type="checkbox"/> 국립, 시립 또는 비영리 단체에서 운영하는<br>버스 / 밴 | <input type="checkbox"/> 그룹 홈이 제공하는 교통편                            |
| <input type="checkbox"/> 택시 또는 기타 임대 차량                    | <input type="checkbox"/> 학교 / 교육 기관이 제공하는 교통편                      |
| <input type="checkbox"/> 도보 이동                             | <input type="checkbox"/> 승차 공유(Uber, Lyft)                         |
| <input type="checkbox"/> 자전거                               | <input type="checkbox"/> 차량 공유(예: ZipCar, Enterprise Car<br>Share) |
|  | <input type="checkbox"/> 기타 _____                                  |

### 제19항

귀하는 지원 단체 또는 옹호 단체에 가입하셨습니다습니까?

- 예  아니오, 하지만  아니오, 하지만  아니오  
 예전에 가입했었습니다 가입하고 싶습니다

귀하가 지원 또는 옹호 단체에 과거 또는 현재에 가입했다면, 온라인 가입과 대면 가입 중 어떤  
 방법으로 가입하셨습니다?

- 온라인 가입  대면 가입  둘 모두 해당

귀하가 현재 또는 과거에 지원 또는 옹호 단체에 가입했다면, 이 단체에 왜 가입하셨습니다?

해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 교우 관계 / 사회성 형성 | <input type="checkbox"/> 비슷한 관심사 /<br>경험 | <input type="checkbox"/> 누군가의 추천  |
| <input type="checkbox"/> 자원 공유          | <input type="checkbox"/> 인지도 제고          | <input type="checkbox"/> 변화 유발    |
|   |  | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |

귀하가 현재 또는 과거에 지원 또는 옹호 단체에 가입하지 않았다면, 지원 또는 옹호 단체에 참여하지  
 않은 이유를 선택해주십시오. 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 교통편                        | <input type="checkbox"/> 충분한 시간이 없다       | <input type="checkbox"/> 돈이 든다 / 가입비가<br>든다 |
| <input type="checkbox"/> 내가 사는 구역에 없다 / 너무<br>멀리 있다 | <input type="checkbox"/> 나이/관심사가 맞지<br>않다 |   |

관심 없다

소외감을 느낀다 /  
내게 맞지 않다

기타 \_\_\_\_\_

### 제20항

귀하의 자녀는...와(과) 사이 좋게 지내기 힘든 적이 얼마나 자주 있습니까?

	항상 있다	가끔 있다	전혀 없다	해당 없음
부모 또는 기타 양육자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
남자 형제와 여자 형제	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대가족(조부모, 고모/이모/(외)숙모,(외)삼촌/ 고모부/이모부 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
집에 들어오는 다른 사람들과, 그리고사회적으로 적합한 행동을 사용해서	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하의 가족 지원 서비스 요구에 대한 질문에 답변하십시오. 반드시 두 칸을 모두 작성하십시오.

	귀하의 가족은 서비스를 받고 있습니까?		내 가족은 이 서비스를 더 많이 필요로 합니다	
	예	아니오	예	아니오
임시 위탁 간호 서비스	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
성인 주간 간호 서비스	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
가족 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
형제자매 지원 단체	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
형제자매 정신 건강 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
부모 지원 단체	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
부모 정신 건강 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하는 다음 설명문에 얼마나 동의하십니까? “이 서비스를 제공하는 전문가들이 내 가족을 치료하는 데 필요한 기술을 갖추었습니다.”

	전적으로 동의함	동의함	반대함	전적으로 반대함	해당 없음
임시 위탁 간호 서비스	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
성인 주간 간호 서비스	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
가족 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
형제자매 지원 단체	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
형제자매 정신 건강 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
부모 지원 단체	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
부모 정신 건강 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하는 다음 설명문에 얼마나 동의하십니까? “이 서비스는 내 가족의 요구를 효과적으로 충족시켜 줍니다.”

	전적으로 동의함	동의함	반대함	전적으로 반대함	해당 없음
임시 위탁 간호 서비스	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
성인 주간 간호 서비스	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
가족 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
형제자매 지원 단체	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
형제자매 정신 건강 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
부모 지원 단체	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
부모 정신 건강 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하가 가족 지원 서비스를 이용하는 데 걸림돌이 되는 제약은 무엇입니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 교통편                    | <input type="checkbox"/> 구역 내에 서비스 제공자가 없다                      | <input type="checkbox"/> 없음       |
| <input type="checkbox"/> 일정 관리 문제               | <input type="checkbox"/> 서비스 비용 / 내가 가입한 보험으로 보장받을 수 있는 서비스가 없다 | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| <input type="checkbox"/> 구역 내에 서비스 제공자가 충분하지 않다 |   |                                   |

귀하 자녀의 자폐증이 가족의 노동 참여에 (영향이 있었다면) 어떤 영향을 미쳤습니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

	나	내 파트너
집밖에서 일하는 것 중단	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
근로 시간 감소	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
근로 시간 증가	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
고용주 변경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
근로 유형 변경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
근로 일정 변경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
동일 고용주 밑에서 직위 변경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
가족 의료 휴가법(FMLA) 사용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
승진 탈락	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
해고	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
징계 / 정직 처분	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



귀하의 지역사회 참여에 대한 질문을 드리고자 합니다.					
귀하는 다음 활동들에 참여하십니까? <u>반드시 두 칸을 모두 작성해주시오.</u>					
	귀하는 참여하십니까?		그렇다면 일주일에 몇 시간 참여하십니까?		
	예	아니오	시간		
자원봉사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
지역사회 단체/조직	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
영적 또는 종교적 활동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
운동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
취미 또는 특별한 관심사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
가사 노동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
친구와의 사회 활동	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
기타 활동 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
최근 30일 내에 다음 활동에 원하는 만큼 참여하셨는지, 이 활동들이 귀하에게 중요한 활동인지 답변해주시오. <u>반드시 두 칸을 모두 작성해주시오.</u>					
	귀하는 이 활동을 하고 계십니까?			내게 중요한 활동이다	
	충분하다	충분하지 않다	너무 많다	예	아니오
도서관에 간다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
체육관, 헬스 클럽(수영장 포함)에 가거나 스포츠 모임(볼링, 테니스, 미니어처 골프 포함)에 참여한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
옹호 단체/조직에 간다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
지역사회 내 사교 모임에 간다(예를 들어, 독서 클럽, 취미 그룹, 유사한 관심사를 가진 사람들의 기타 모임)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시민 또는 정치 활동이나 단체에 가거나 참여한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PA 자폐증 요구 평가를 완료해주셔서 감사합니다!