

宾州自闭症患者需求评估

感谢您参加本次调查。由于大部分受访者为家长/监护人，所以我们在这里将自闭症儿童称为“您的孩子”。自闭症用以指代自闭症谱系障碍(ASD)。请根据您年龄最大的患有自闭症的孩子的情况来完成本次调查。除非另有说明，否则每个问题仅选择一个答案。如果您遇到问题，请发送电子邮件至 info@paautism.org 或致电 1-877-231-4244 联系 ASERT Collaborative。

第 1 部分

请说明您的身份。

母亲 父亲 养父母 其他 _____

请问您是您患有自闭症的孩子的法定监护人吗？

是 否 不确定

以下哪项最准确地描述了您目前的婚姻状况？

已婚/和孩子的父亲/母亲住在一起 已婚/和孩子父亲/母亲以外的其他人住在一起 未婚 分居/离异 丧偶 不愿回答

请问您的种族/族裔背景是？ 选择所有适用项。

美洲印第安人或阿拉斯加原住民 黑人或非裔美国人 韩国人
 亚裔印第安人 中国人 夏威夷原住民
 高加索人/欧裔美国人 菲律宾人 越南人
 南美西班牙语裔或拉美裔 其他 _____
 日本人 不愿回答

请问您孩子的种族/族裔背景是？ 选择所有适用项。

美洲印第安人或阿拉斯加原住民 黑人或非裔美国人 韩国人
 亚裔印第安人 中国人 夏威夷原住民
 高加索人/欧裔美国人 菲律宾人 越南人
 南美西班牙语裔或拉美裔 其他 _____
 日本人 不愿回答

请问您的 5 位数邮政编码是多少？

您已取得的最高教育水平是什么？

上过学，但没有高中毕业 大学肄业 硕士以上的专业或博士学位
(例如：医学博士、牙科博士、兽医学博士、哲学博士)
 高中毕业/美国普通同等学历证书 (GED) 大专学历
 职校/技校 学士学位 硕士学历

请问您的孩子出生于哪年哪月？

出生月份 (MM) _____ 出生年份 (YYYY) _____

请问您孩子的性别是？

男 女 其他 _____

请问您的孩子是领养的吗？

否
 是领养时，您孩子几岁？ _____

您患有自闭症的孩子有几个兄弟姐妹？ (包括同父异母或同母异父的兄弟姐妹等)

还有多少兄弟姐妹也被诊断患有自闭症？

以下哪项最接近您的家庭年收入？

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0-10,000 美元 | <input type="checkbox"/> 40,001-50,000 美元 | <input type="checkbox"/> 80,001-90,000 美元 |
| <input type="checkbox"/> 10,001-20,000 美元 | <input type="checkbox"/> 50,001-60,000 美元 | <input type="checkbox"/> 90,001-100,000 美元 |
| <input type="checkbox"/> 20,001-30,000 美元 | <input type="checkbox"/> 60,001-70,000 美元 | <input type="checkbox"/> 100,000 美元以上 |
| <input type="checkbox"/> 30,001-40,000 美元 | <input type="checkbox"/> 70,001-80,000 美元 | |

第 2 部分

与 12 个月前相比，您认为您患有自闭症的孩子的整体健康水平：

- 更好了 更差了 保持不变

请就您的选择给出解释：

现在距您孩子上一次看牙医有多长时间了？（包括所有类型的牙科专家/医生，例如：牙齿矫正医生、口腔外科医生和牙科保健员。）

- 6 个月 6 个月至 1 年 1 年以上

现在距您孩子上一次看医生进行常规体检有多长时间了？（常规体检是一般性身体检查，而非针对特定损伤、疾病或症状的检查。）

- 6 个月 6 个月至 1 年 1 年以上

医生目前是否为您患有自闭症的孩子开具了药物（除维生素以外）？

- 是 否 不确定

如果是的话，请列举您孩子目前的处方药物。

第 3 部分

为您孩子进行自闭症诊断评估……

- 非常容易 比较容易 比较困难 非常困难 不适用

如果“比较困难”或“非常困难”的话，请问什么原因使得评估难以进行？选择所有适用项。

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 找医生/专家 | <input type="checkbox"/> 医保报销 | <input type="checkbox"/> 孩子没人看护 |
| <input type="checkbox"/> 交通 | <input type="checkbox"/> 日程安排问题 | <input type="checkbox"/> 语言障碍/缺少 |
| <input type="checkbox"/> 寻求推荐 | <input type="checkbox"/> 费用/自付费 | 翻译人员 |
| <input type="checkbox"/> 监护 | <input type="checkbox"/> 等待时间长 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

在接受自闭症诊断之前，您孩子接受了以下哪些诊断？选择所有适用项。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 焦虑症 | <input type="checkbox"/> 智力障碍（过去称作智力迟钝） |
| <input type="checkbox"/> 注意力缺陷/多动症 (ADHD) | <input type="checkbox"/> 强迫症 (OCD) |
| <input type="checkbox"/> 躁郁症 | <input type="checkbox"/> 对立违抗性障碍 (ODD) |
| <input type="checkbox"/> 中枢听觉处理障碍 (CAPD) | <input type="checkbox"/> 精神分裂症或其他精神障碍 |
| <input type="checkbox"/> 品行障碍 (CD) | <input type="checkbox"/> 癫痫症 |
| <input type="checkbox"/> 抑郁症 | <input type="checkbox"/> 感觉统合失调 |
| <input type="checkbox"/> 发育迟缓 | <input type="checkbox"/> 创伤后压力心理障碍症 (PTSD) |
| <input type="checkbox"/> 听觉障碍 | <input type="checkbox"/> 物质使用障碍 |
| <input type="checkbox"/> 囤积症 | <input type="checkbox"/> 无 |
| <input type="checkbox"/> 学习障碍 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

您患有自闭症的孩子目前正在接受以下诊断？选择所有适用项。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 焦虑症 | <input type="checkbox"/> 智力障碍（过去称作智力迟钝） |
| <input type="checkbox"/> 注意力缺陷/多动症 (ADHD) | <input type="checkbox"/> 强迫症 (OCD) |
| <input type="checkbox"/> 躁郁症 | <input type="checkbox"/> 对立违抗性障碍 (ODD) |
| <input type="checkbox"/> 中枢听觉处理障碍 (CAPD) | <input type="checkbox"/> 精神分裂症或其他精神障碍 |
| <input type="checkbox"/> 品行障碍 (CD) | <input type="checkbox"/> 癫痫症 |
| <input type="checkbox"/> 抑郁症 | <input type="checkbox"/> 感觉统合失调 |
| <input type="checkbox"/> 发育迟缓 | <input type="checkbox"/> 创伤后压力心理障碍症 (PTSD) |
| <input type="checkbox"/> 听觉障碍 | <input type="checkbox"/> 物质使用障碍 |
| <input type="checkbox"/> 囤积症 | <input type="checkbox"/> 无 |
| <input type="checkbox"/> 学习障碍 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

您患有自闭症的孩子最初是由哪类专业人员诊断的？选择所有适用项。

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 发育儿科医师 | <input type="checkbox"/> 初级护理医师 | <input type="checkbox"/> 不确定 |
| <input type="checkbox"/> 神经科医师 | (家庭医生/儿科医生) | <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| <input type="checkbox"/> 精神病医师 | <input type="checkbox"/> 心理医生 | |

接受自闭症诊断时，您孩子多大？

- 岁 _____ 不确定

接受自闭症诊断之后，您接受了何种类型的后续治疗和资源/服务？选择所有适用项。

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 后续预约就诊 | <input type="checkbox"/> 推荐网站、资料（例如：宣传册、资料册） |
| <input type="checkbox"/> 转诊至专家进行进一步评估 | <input type="checkbox"/> 无 |
| <input type="checkbox"/> 转诊至专家进行治疗 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| <input type="checkbox"/> 转诊至早期干预服务 | |
| <input type="checkbox"/> 推荐支持团体 | |

您的孩子是否接受了早期干预服务？

- 是。该服务从几岁开始？ _____ 不确定
- 否

您的孩子是否享有以下任何计划？选择所有适用项。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 个别化家庭服务计划 (IFSP) | <input type="checkbox"/> 个别化支持计划 (ISP) |
| <input type="checkbox"/> 个别化教育计划 (IEP) | <input type="checkbox"/> 无 |
| <input type="checkbox"/> 504 计划 | <input type="checkbox"/> 不确定 |

如果您的孩子享有个别化家庭服务计划 (IFSP)，请回答以下问题。请确保三列问题全部填写完整。

	您是否对该计划在满足您孩子的所有需求方面满意？		您是否出席了上一次个别化家庭服务计划 (IFSP) 会议？		该计划是否采纳您的意见？	
	是	否	是	否	是	否
个别化家庭服务计划 (IFSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

如果您的孩子享有个别化教育计划 (IEP)，请回答以下问题。请确保三列问题全部填写完整。

	您是否对该计划在满足您孩子的所有需求方面满意？		您是否出席了上一次个别化教育计划 (IEP) 会议？		该计划是否采纳您的意见？	
	是	否	是	否	是	否
个别化教育计划 (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

如果您的孩子享有 504 计划，请回答以下问题。请确保三列问题全部填写完整。

	您是否对该计划在满足您孩子的所有需求方面满意？		您是否出席了上一次 504 计划会议？		该计划是否采纳您的意见？	
	是	否	是	否	是	否
504 计划	<input type="checkbox"/>					

如果您的孩子享有个别支持计划（ISP），请回答以下问题。请确保三列问题全部填写完整。

	您是否对该计划在满足您孩子的所有需求方面满意？		您是否出席了上一次个别支持计划（ISP）会议？		该计划是否采纳您的意见？	
	是	否	是	否	是	否
个别支持计划（ISP）	<input type="checkbox"/>					

第 4 部分

您的孩子现在可以享受到以下哪些类型的医疗保险？选择所有适用项。

您或家人工作单位缴纳的私人医疗保险

您或家人购买的私人医疗保险（非工作单位缴纳）

医疗补助计划（Medicaid）【医疗救助计划（Medical Assistance）】、儿童健康保险（CHIP）或联邦医疗保险（Medicare）

老兵福利或三军医疗照护福利（TRICARE）

牙科保险

视力保险

涵盖处方药物的保险

其他_____

您的孩子目前是否参加了医疗救助计划（Medical Assistance）或医疗补助计划（Medicaid）？

是 否 不确定

您的孩子目前参加了以下哪些医疗救助计划（Medical Assistance）或医疗补助计划（Medicaid）？

成年自闭症患者豁免计划（Adult Autism Waiver）

成年自闭症患者社区计划（ACAP）

综合豁免计划（Consolidated Waiver）

P/FDS 豁免计划

OBRA 豁免计划

其他_____

以上都不符合

您的孩子目前是否在等候名单或关注名单上？

在针对智力障碍人士的计划的等候名单上【P/FDS 计划或综合豁免计划（Consolidated Waiver）】

在自闭症服务部门负责的计划的关注名单上【BAS——成年自闭症患者豁免计划（Adult Autism Waiver）或成年自闭症患者社区计划（ACAP）】

两者均是

两者均不是

不确定

第 5 部分

您的孩子是否曾出于非治疗目的使用药物（不包括维生素）？

是 否 不确定 不愿回答

您的孩子是否曾用药过量（处方药品或违禁药品）？

是 否 不确定 不愿回答

第 6 部分

过去一年内，您是否曾由于孩子的行为或精神问题而带孩子去过急诊室？

是，_____ 次 否 不愿回答

过去一年内，您的孩子是否曾由于行为或精神问题而住进医院或类似机构？

是，_____ 次 否 不愿回答

请根据您孩子最近一次住进医院或类似机构的情况回答以下问题。

您的孩子是由于什么原因住进医院或类似机构的？选择所有适用项。

- 攻击 抑郁症 强迫症日益严重
 焦虑 离家/ 校出走
 违抗/ 对立行为 其他 _____
 自残行为 不确定

您对您孩子住院期间以下各个方面的满意程度如何？

	非常满意	满意	不满意	非常不满意
治疗质量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
出院计划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医护人员让家长参与制定治疗计划的情况	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您的孩子是如何入院的？

- 我的孩子（不满 14 岁）是由其父母送进医院的
 我处于青春期的孩子（14 到 18 岁）是由其父母送进医院的并且同意住院
 我处于青春期的孩子（14 到 18 岁）是由其父母送进医院的，但不同意住院
 我已成年的孩子（满 18 岁）是自己入院的（201，自愿接受治疗）
 我已成年的孩子（满 18 岁）是不情愿地入院的（302，非自愿接受治疗）
 不愿回答

您的孩子在医院或类似机构住了多久？

- 不到 24 小时 24-48 小时 2 天以上，请告诉我们准确时间 _____

上述住院是您孩子第一次由于行为或精神问题而住进医院或类似机构吗？

- 是 否 不确定

请尽可能详细描述您孩子最近一次由于行为或精神问题而住院的情况。

第 7 部分

您孩子的行为是否曾导致以下任何公安/司法体系处理？选择所有适用项。

- 报警 在监狱服刑
 由于除交通违规以外的其他行为而被警察拦截和盘问 由于轻罪或重罪而受到指控
 收到警方的警告（除交通违规以外） 判处缓刑或假释
 收到传票 其他 _____
 被警方逮捕 无
 不愿回答

您的孩子是否曾经是犯罪受害者？

- 是 否 不愿回答

如果您感到自在的话，请分享更多关于您孩子在公安或其他司法体系方面的个人体验或作为犯罪受害者的体验的信息。

第 8 部分

如果您是自闭症患者的养父母，请回答以下问题。否则，请跳至第 9 部分：

过去一年内，您是否由于您的养父母身份和责任而接受过支持、培训或资源？

是 否

如果是的话，请说明这些支持、培训或资源是由谁提供的，以及您是否认为这些培训让您为您的身份和责任做好了充分准备。请确保三列问题全部填写完整。

	您是否接受过来自这个机构的培训、支持或资源？		您在这项培训过后是否感到做好了充分准备？			这项培训是针对自闭症的吗？		
	是	否	是	否	不适用	是	否	不适用
县级儿童和青少年服务机构	<input type="checkbox"/>							
孩子的学校	<input type="checkbox"/>							
私营儿童福利院，请注明_____	<input type="checkbox"/>							
其他_____	<input type="checkbox"/>							

请回答下列关于您的收养看护体验的问题。

	几乎从不/从不	偶尔	经常	总是/几乎总是
您是否参与您孩子的治疗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否参与其他关于您孩子的护理的会议？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
询问相关事情时，您是否能获得帮助？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第 9 部分

过去一年内，您的孩子是否曾经被安置在住宅式机构内？

是 否，但目前在等候名单中 否，并且没在等候名单中 不愿回答

如果您的孩子已经被安置在了住宅式机构内，请回答以下问题。否则，请跳至第 10 部分：

该住宅式机构距离您家大约多少英里？

0-20 英里 21-40 英里 41-60 英里 61-80 英里 81-100 英里 超过 100 英里 不确定

为什么将您的孩子安置在住宅式机构内？选择所有适用项。

攻击 离家/校出走
 焦虑 自残行为
 违抗/对立行为 强迫症日益严重
 抑郁症 其他_____

您的孩子在住宅式治疗机构住了多长时间？

不到一周 1 至 4 周 超过 4 周

您对您孩子住在住宅式机构内的以下各个方面的满意程度如何？				
	非常满意	满意	不满意	非常不满意
治疗质量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
出院计划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医护人员让家长参与制定治疗计划的情况	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您的出院计划中是否包含有关基于社区的服务（休闲、运动、志愿者机会或其他服务）的信息？

是 否 不确定

治疗/出院计划的撰写方式是否容易理解？

是 否

第 10 部分

您的孩子能否完成以下活动？

	独立完成	在帮助下完成	不能	不适用
如厕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自己吃饭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自己穿衣服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
索要需要的东西	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
索要想要的东西	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生病/受伤的时候说明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
炒菜/备餐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
理财	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
驾车/乘坐公共交通工具/骑自行车/步行四处走动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您的孩子目前是否由于以下问题而接受服务或其他支持？**选择所有适用项。**

自残行为 攻击行为 无
睡眠问题 逃跑
焦虑 如厕

您的孩子目前是否接受行为健康康复服务（BHRS）或“用爱包围”服务？

是，在学校 否，但已经完成了评估，正在制定计划
是，在家里/社区 否
是，既在学校也在家里/社区 不确定
否，但正在等待评估

如果是的话，您对治疗团队提供的支持的满意程度如何？

非常满意 满意 不满意 非常不满意

第 11 部分

您的孩子目前工作吗？仅包含有酬工作。

是，全职（每周工作 35 个小时或以上） 否，但是目前正在找工作
是，兼职（每周工作不到 35 个小时） 否，他们已经退休了
没有退休，也没有在找工作

如果是的话，您孩子从事的是什么样的工作？

办公室/行政支持 备餐/服务员 生产/制造
销售岗位（包括零售） 运输/物料搬运 其他_____

您的孩子目前是否接受/以前是否接受过职业康复办公室（OVR）提供的服务？

是 否 不确定 不愿回答

您认为您的孩子需要哪些类型的支持来找到并维持一份工作？选择所有适用项。

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 帮助找到工作机会 | <input type="checkbox"/> 持续的支持 |
| <input type="checkbox"/> 应聘和面试方面的支持 | <input type="checkbox"/> 不需要任何支持 |
| <input type="checkbox"/> 当出现问题或新状况时，提供支持 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| <input type="checkbox"/> 短期支持 | |

第 12 部分

您孩子目前的生活状况如何？

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 和父母或其他亲戚住在一起 | <input type="checkbox"/> 在帮助下独立生活（租房或自己的房子） |
| <input type="checkbox"/> 住在住宅型机构（包括公立医院或公立护理中心） | <input type="checkbox"/> 无需帮助，独立生活（租房或自己的房子） |
| <input type="checkbox"/> 住在教养院 | <input type="checkbox"/> 无家可归 |
| <input type="checkbox"/> 和室友/配偶一起住（租房或自己的房子） | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

您的孩子维持目前的生活状况多久了？

- 一直 不到 1 年 1-2 年 3-5 年 超过 5 年

您对您孩子目前的生活安排的满意程度如何？

- 非常满意 满意 不满意 非常不满意

丢弃物品（即使是其不会使用的物品）对于您的孩子有多困难？

- 非常困难 比较困难 完全不难

您孩子周围环境发生混乱后，妨碍其日常活动的频率如何？（例如，无法找到玩具、学习用品或其他物品，或者身边发生的其他问题。）

- 总是 经常 偶尔 从不

第 13 部分

您的孩子目前上学吗？

- 是 否

如果是的话，目前处于什么阶段？

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 启蒙教育 | <input type="checkbox"/> 高中 | <input type="checkbox"/> 职业培训 |
| <input type="checkbox"/> 幼儿园 | <input type="checkbox"/> 2 年制专科 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| <input type="checkbox"/> 小学 | <input type="checkbox"/> 4 年制本科 | |
| <input type="checkbox"/> 初中 | <input type="checkbox"/> 研究生 | |

如果否的话，您孩子取得的最高学历是什么？

- | | | |
|--|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 没上过学 | <input type="checkbox"/> 职校/技校 | <input type="checkbox"/> 硕士以上的专业或博士学位（例如：医学博士、牙科博士、兽医学博士、哲学博士） |
| <input type="checkbox"/> 上过学，但没有高中毕业 | <input type="checkbox"/> 大学肄业 | |
| <input type="checkbox"/> 高中毕业/美国普通同等学历证书（GED）或其他类似证书 | <input type="checkbox"/> 大专学历 | |
| | <input type="checkbox"/> 学士学位 | |
| | <input type="checkbox"/> 硕士学历 | |

如果您的孩子目前还在上学，请回答以下问题。否则，请跳至第 14 部分：

过去一年内，您的孩子在学校里是否受到过以下形式的纪律处分？选择所有适用项。

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 留级/降级 | <input type="checkbox"/> 课后留校 | <input type="checkbox"/> 开除学籍 |
| <input type="checkbox"/> 离开课堂 | <input type="checkbox"/> 留校察看 | <input type="checkbox"/> 以上都不符合 |
| | <input type="checkbox"/> 离校察看 | |

您孩子目前接受哪种类型的特殊教育？选择所有适用项。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 自闭症支持 | <input type="checkbox"/> 多重障碍 |
| <input type="checkbox"/> 情绪支持 | <input type="checkbox"/> 无（我的孩子目前没有接受特殊教育服务） |
| <input type="checkbox"/> 学习障碍 | <input type="checkbox"/> 不确定 |
| <input type="checkbox"/> 智力障碍（过去称作智力迟钝） | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

第 14 部分

您为您的孩子制定了哪些当您无法再继续照顾他们时启用的长期计划？选择所有适用项。

- 安排住房计划 指定监护人 目前正在制定计划
 设立信托基金 指定授权委托 当前无计划

您对制定和维护这些计划的关注程度如何？

	非常关注	比较关注	有点关注	不关注	不适用
安排住房计划	<input type="checkbox"/>				
设立信托基金	<input type="checkbox"/>				
指定监护人	<input type="checkbox"/>				
指定授权委托	<input type="checkbox"/>				
目前正在制定计划	<input type="checkbox"/>				

您是否认为您有足够的资源来为这些计划做好充分准备？

	是	否	不适用
安排住房计划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
设立信托基金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指定监护人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指定授权委托	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目前正在制定计划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第 15 部分

请勾选下列为您孩子提供的服务中您知道、参与或需要获取更多相关信息的服务：

	参与	知道	需要更多相关信息
职业康复办公室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会保险福利	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他政府补助（食物券、住房补贴等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第 16 部分

请说明以下挑战是否妨碍或影响您孩子参加社区活动，例如：体育运动、俱乐部、业余爱好或其他有组织的活动。

	是	否	不确定
情绪挑战（焦虑、抑郁、恐惧等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行为挑战（攻击、自残行为等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身体挑战（接触、移动等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您的孩子是否参与以下活动？请确保两列问题全部填写完整。			
	是否参与？		如果是的话， 请注明每周参与 多少小时
	是	否	小时
志愿者工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
团体、俱乐部或组织	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
精神信念或宗教活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
锻炼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
有组织的或休闲运动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
业余爱好或特殊兴趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
家务琐事/家务活	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
与朋友进行社交活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
其他活动_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

第 17 部分

请选择最能反映出您在为您孩子获取服务方面的体验的答案。

	强烈赞同	赞同	反对	强烈反对	不适用
整体而言，我在为孩子获取服务的过程中遇到过障碍	<input type="checkbox"/>				
我孩子的医生以及其他医护人员花费了充足的时间为其诊治	<input type="checkbox"/>				
我孩子的医生以及其他医护人员非常认真地倾听我的意见	<input type="checkbox"/>				
我孩子的医生以及其他医护人员能够轻易获悉我家的价值观和传统	<input type="checkbox"/>				
我孩子的医生以及其他医护人员以一种容易理解的方式解释问题	<input type="checkbox"/>				

请告诉我们您孩子的健康和教育服务需求。请确保两列问题全部填写完整。

	我的孩子正在接受这项服务		您的孩子是否还需要继续接受这项服务？	
	是	否	是	否
心理健康咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
言语/语言治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
职业治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物理治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社交技能培训	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行为支持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一对一支持【例如：治疗人员支持 (TSS)、最佳支持治疗 (B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SC)、行为专家】				
支持协调	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移动治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病例管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
福利咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
神经服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
用药管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性健康教育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
关系咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夏令营	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
暑期班 (ESY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
职业培训	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
过渡计划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
辅助就业	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
职业咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
初级保健护理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
牙齿护理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

请告诉我们您是否同意下列关于以下服务的陈述：“提供该服务的专业人员具备对我的孩子有效的必要技能。”

	强烈赞同	赞同	反对	强烈反对	不适用
心理健康咨询	<input type="checkbox"/>				
言语/语言治疗	<input type="checkbox"/>				
职业治疗	<input type="checkbox"/>				
物理治疗	<input type="checkbox"/>				
社交技能培训	<input type="checkbox"/>				
行为支持	<input type="checkbox"/>				
一对一支持【例如：治疗人员支持 (TSS)、最佳支持治疗 (BSC)、行为专家】	<input type="checkbox"/>				
支持协调	<input type="checkbox"/>				
移动治疗	<input type="checkbox"/>				

- 出租车或其他出租车辆
 步行
 骑自行车

- 学校/教育机构负责出行接送
 拼车 (Uber, Lyft)
 共享汽车 (例如: ZipCar、Enterprise Car Share)
 其他 _____

第 19 部分

您是否加入了支持团队或后援团队?

- 是 否, 但以前加入过 否, 但想要加入 否

如果您以前加入过/现在加入了支持或后援团队, 该团队是以网络还是面对面的形式开展活动?

- 网络 面对面 两者均有

如果您目前加入了或以前加入过支持或后援团队, 您加入该团队的原因是什么? 选择所有适用项。

- 结识朋友/社交 类似的兴趣/体验 是别人推荐的
 资源共享 提高意识 做出改变
 其他 _____

如果您目前或以前没有加入过支持或后援团队, 请选择您没有加入支持或后援团队的原因。

选择所有适用项。

- 交通 没有充沛的时间 收取费用/会员费
 附近没有/太远 年龄/兴趣不合适
 不感兴趣 感觉被排斥/融入不进去 其他 _____

第 20 部分

您的孩子在与以下人员相处方面是否有麻烦……

	总是	偶尔	从不	不适用
父母或其他照顾者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄弟姐妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
远亲 (祖父母/外祖父母、阿姨/姑姑、叔叔/舅舅等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
来到家中的其他人, 以及社交行为举止得体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

请告诉我们您的家庭支持服务需求。请确保两列问题全部填写完整。

	您的家庭是否正在接受家庭支持服务?		我的家庭需要更多这方面的服务	
	是	否	是	否
临时看护	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
成人日托	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家庭咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄弟姐妹支持团体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄弟姐妹心理健康咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
父母支持团体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
父母心理健康咨询	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

错失晋升/升职的机会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
离职	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
受到处分/停职	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
无	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

我们想了解您对社区活动的参与情况。

您是否参与下列活动？请确保两列问题全部填写完整。

	是否参与？		如果是的话，请说明每周参与多少小时。
	是	否	小时
志愿者工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
社区团体/组织	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
精神信念或宗教活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
锻炼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
业余爱好或特殊兴趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
家务琐事/家务活	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
与朋友进行社交活动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
其他活动_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

请告诉我们，您过去 30 天内对下列活动的参与是否符合您的预期，以及这些活动是否对您很重要。

请确保两列问题全部填写完整。

	您对该项活动的参与……？			这项活动对我很重要	
	足够	不够	太多	是	否
去图书馆	<input type="checkbox"/>				
去健身房、保健或健身俱乐部，包括游泳或参加体育比赛（包括保龄球、网球、小型高尔夫等）	<input type="checkbox"/>				
参加后援团体/组织的活动	<input type="checkbox"/>				
参加社区社交团体的活动（例如：读书俱乐部、兴趣小组、其他类似的兴趣团体）	<input type="checkbox"/>				
参加或出席民间或政治活动或组织	<input type="checkbox"/>				

感谢您完成本次宾州自闭症患者需求评估！