

تقييم احتياجات مرضى التوحد في بنسلفانيا

نشكركم لاستكمالكم هذا الاستبيان. يشير مصطلح التوحد المستخدم في تلك الوثيقة إلى اضطرابات طيف التوحد (ASD). يُرجى تحديد اختيار واحد فقط لكل سؤال، ما لم ينص السؤال على خلاف ذلك. يُرجى 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		
ما جنسك؟		
<input type="radio"/> ذكر	<input type="radio"/> أنثى	<input type="radio"/> غير ذلك
إلى أي الخلفيات العرقية تنتمي؟ اختر جميع ما ينطبق.		
<input type="checkbox"/> هندي أمريكي أو من سكان الأسكا 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"/> قوقازي/ أوروبي أمريكي	<input type="checkbox"/> فلبيني	<input type="checkbox"/> فينتمامي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> إسباني أو لاتيني	<input type="checkbox"/> غير ذلك _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ياباني	<input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة
ما رمزك البريدي المكون من 5 أرقام؟		
في أي عام وشهر يوافق تاريخ ميلادك؟		
شهر الميلاد (_____)		
عام الميلاد (_____)		
أي مما يلي يصف حالتك الاجتماعية الحالية؟		
<input type="radio"/> متزوج	<input type="radio"/> لم يسبق لي الزواج	<input type="radio"/> أفضل عدم الإجابة
<input type="radio"/> أرمل	<input type="radio"/> منفصل/ مطلق	
هل لديك أطفال؟		
<input type="radio"/> نعم	<input type="radio"/> كلا، لا أريد إنجاب الأطفال	
<input type="radio"/> كلا، ولكن أخطط لإنجاب الأطفال	<input type="radio"/> أفضل عدم الإجابة	
<input type="radio"/> كلا، ولم أتخذ قرار بهذا الشأن		
أي مما يلي يعتبر الأقرب لدخلك السنوي الذي تحصل عليه من وظيفتك؟		
<input type="radio"/> 0 دولار - 10,000 دولار	<input type="radio"/> 40,001 دولار - 50,000 دولار	<input type="radio"/> 80,001 دولار - 90,000 دولار
<input type="radio"/> 10,001 دولار - 20,000 دولار	<input type="radio"/> 50,001 دولار - 60,000 دولار	<input type="radio"/> 90,001 دولار - 100,000 دولار
<input type="radio"/> 20,001 دولار - 30,000 دولار	<input type="radio"/> 60,001 دولار - 70,000 دولار	<input type="radio"/> أكثر من 100,000 دولار
<input type="radio"/> 30,001 دولار - 40,000 دولار	<input type="radio"/> 70,001 دولار - 80,000 دولار	
هل تمتلك أي حيوانات أليفة (بما في ذلك حيوانات الخدمة المُدربة)؟		
<input type="radio"/> نعم	<input type="radio"/> لا	
هل لديك أقارب مصابين بالتوحد؟		
<input type="radio"/> نعم	<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> غير متأكد
إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر الأقارب المصابين بالتوحد؟ اختر جميع ما ينطبق.		
<input type="checkbox"/> والد/والدة	<input type="checkbox"/> عم أو خال/عمة أو خالة	<input type="checkbox"/> ابن/ابنة
<input type="checkbox"/> أخ/أخت	<input type="checkbox"/> أحد أقارب الدرجة الأولى	<input type="checkbox"/> غير ذلك _____
<input type="checkbox"/> جد/جدة	<input type="checkbox"/> أحد أبناء الأخ أو الأخت	

القسم الثاني

بالمقارنة مع الاثنتي عشر شهر السابقة، يمكنك وصف حالتك الصحية العامة كما يلي:

- أفضل ○ أسوأ ○ مستقرة

من فضلك اشرح اختيارك:

متى كانت آخر زيارة لك لطبيب الأسنان؟ (يتضمن ذلك جميع أنواع أخصائيو طب الأسنان/والخبراء، مثل خبراء تقويم الأسنان، وجراحي الفم والأسنان، وأطباء الأسنان).

- قبل أقل من 6 شهور ○ من 6 شهور إلى عام ○ أكثر من عام مضى

متى كانت آخر زيارة لك لطبيب لإجراء فحص روتيني؟ (الفحص الروتيني هو فحص بدني عام وليس لفحص إصابة، أو مرض، أو حالة معينة).

- قبل أقل من 6 شهور ○ من 6 شهور إلى عام ○ أكثر من عام مضى

هل تتناول حالياً دواء بموجب تذكرة طبية بخلاف الفيتامينات؟

- نعم ○ لا ○ غير متأكد

إذا كانت الإجابة بنعم أذكر الأدوية التي تتناولها حالياً بموجب تذكرة طبية:

القسم الثالث

هل سبق لك الإصابة بأحد الأمراض التالية؟ اختر جميع ما ينطبق.

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

كم كان عمرك عندما شُخصت حالتك بالتوحد لأول مرة؟

- عام ○ غير متأكد

القسم الرابع

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

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

هل أنت مُدرج حاليًا على قائمة الانتظار أم قائمة المستفيدين؟

- قائمة الانتظار 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

هل أنت مُدرج حاليًا في أي من برامج إعفاءات المساعدات الصحية؟ يُرجى التأكد من استكمال كلا العمودين.

أود الحصول على مزيد من المعلومات عن هذا الإعفاء		أنا مُدرج في هذا الإعفاء		
لا	نعم	لا	نعم	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إعفاء التوحيدين البالغين
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	برنامج مجتمع التوحيدين البالغين (ACAP)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الإعفاء الموحد
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إعفاء الدعم الموجه للفرد/الأسرة (P/FDS)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إعفاء أوبرا (OBRA)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أخرى _____

القسم الخامس

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

- نعم لا أفضل عدم الإجابة

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

- نعم لا أفضل عدم الإجابة

القسم السادس

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

- نعم (—) عدد المرات لا أفضل عدم الإجابة

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

- نعم (—) عدد المرات لا أفضل عدم الإجابة

إذا كانت اجابتك نعم على سؤال الدخول الى احد المستشفيات او ما يشابهها من المؤسسات، يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بناءً على اخر مرة دخلت فيها المستشفى. إذا كانت اجابتك بخلاف ذلك، يرجى الانتقال الى القسم السابع.

ما سبب/أسباب دخولك إلى أحد المستشفيات أو المؤسسات المماثلة؟ اختر جميع ما ينطبق.

- سلوكيات إيذاء النفس
○ زيادة كبيرة في الهواجس
○ أخرى _____
○ غير متأكد
○ أفضل عدم الإجابة

- عدوان
○ قلق
○ سلوكيات تحدي/معارضة
○ اكتئاب
○ الهرب من المنزل/المدرسة

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

غير راضٍ تمامًا	غير راضٍ	راضٍ	راضٍ جدًا	
○	○	○	○	مستوى العلاج
○	○	○	○	خطة الخروج

كيف دخلت المستشفى؟

- دخلت بنفسني
○ دخلت رغماً عن أردتي
○ أفضل عدم الاجابة
(201، علاج طوعي)
(302، علاج غير طوعي)

كم استمرت اقامتك في المستشفى او احد المؤسسات المماثلة؟

- اقل من 24 ساعة
○ اكثر من يومين الرجاء
○ 24-48 ساعة
○ اخبارنا كم استغرق _____

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

- نعم
○ لا
○ غير متأكد

يرجى كتابة أي تفاصيل إضافية عن آخر إقامة في المستشفى لأسباب سلوكية أو نفسية.

القسم السابع

هل سبق لك التعرض لأي من المواقف التالية مع الشرطة/ النظام القضائي؟ اختر جميع ما ينطبق.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> استدعاء من الشرطة
<input type="checkbox"/> استوقفتك الشرطة واستجوبت عن شيء ما بخلاف المخالفات المرورية
<input type="checkbox"/> إنذار صادر من الشرطة (بخلاف المخالفات المرورية)
<input type="checkbox"/> استدعاء للمحكمة
<input type="checkbox"/> اعتقلتك الشرطة | <input type="checkbox"/> قضاء عقوبة في أحد السجون
<input type="checkbox"/> متهم في جناحة أو جناية
<input type="checkbox"/> تحت المراقبة أو الإفراج المشروط
<input type="checkbox"/> أخرى _____
<input type="checkbox"/> لا يوجد
<input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة |
|---|--|

هل تعرضت يوماً لأن تكون ضحية لأحد الجرائم؟

- نعم
○ لا
○ أفضل عدم الاجابة

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

هل تعمل حالياً؟ يُرجى إدراج الوظائف مدفوعة الأجر فقط

- نعم، أعمل بدوام كامل (35 ساعة في الأسبوع أو أكثر)
 نعم، أعمل بدوام جزئي (أقل من 35 ساعة في الأسبوع)
 لا، لكنني أبحث حالياً عن عمل
 لا، أنا متقاعد
 لا، أنا لست متقاعد ولا أبحث عن عمل

إذا كانت الإجابة بنعم ما نوع الوظيفة التي تعمل بها؟

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

إذا كانت الإجابة لا، هل سبق لك العمل في أي وظيفة؟

- نعم
 لا
 غير متأكد
 أفضل عدم

كم كنت تبلغ من العمر عندما بدأت العمل؟

أي من الوسائل التالية استخدمتها للبحث عن وظيفة. اختر جميع ما ينطبق.

- مستشار مدرسة
 بحث عن طريق الإنترنت
 معرض وظائف
 جريدة
 أحد الوالدين/ صلة قرابة
 شفهيًا
 استشاري مكتب التأهيل المهني (OVR)
 أخرى
 لا يوجد (لا أَسعى للحصول على وظيفة)
 دعم العمل من خلال برنامج إعفاء أو برنامج آخر

يُرجى استكمال الإفادات التالية حول عملية البحث عن وظيفة. اختر جميع ما ينطبق.

سهل جداً	سهل	صعب	صعب جداً	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	البحث عن فرص توظيف أمر
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استكمال طلبات تقديم الحصول على وظيفة أمر
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	كتابة السيرة الذاتية أمر
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إجراء المقابلات الشخصية مع أصحاب عمل محتملين أمر
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إجراء المقابلات الشخصية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	العثور على مواصلات انتقال من وإلى المكان الذي تُجرى فيه المقابلات الشخصية أمر
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	المتابعة بعد إجراء المقابلات الشخصية أمر

أذكر درجة اتفاقك مع العبارات التالية حول وظيفتك.

لا يوجد	لا اتفق تماماً	لا أتفق	متفق	متفق بشدة	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أشعر بالارتياح في العمل في بيئة جماعية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أشعر بالارتياح عندما أطلب معلومات أو مساعدة من أقراني.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أشعر بالارتياح عندما أطلب معلومات أو مساعدة من أحد الأشخاص المسؤولين.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أشعر بالارتياح عندما أطلب إجازة من العمل من أحد الأشخاص المسؤولين.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أشعر بالارتياح عند طلب الحصول على أماكن إقامة.

يرجى ذكر مدى رضاك أو عدم رضاك عن الإفادات التالية عن مكان عملك الحالي أو الأحدث.

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"/>	قدراتي مهدرة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	راتبي مناسب
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أحصل على أماكن للإقامة/دعم لمرضى التوحد.

هل الأشخاص الموجودين في محل عملك يعرفون أنك تعاني من التوحد؟

- نعم، الجميع يعلم
 نعم، لكن المشرف الخاص بي فقط يعلم
 نعم، ولكن أقراني فقط/زملائي يعلمون
 لا يوجد (أنا لا أعمل حالياً)
 لا

إذا كانت الإجابة لا، ما السبب؟ اختر جميع ما ينطبق.

- لا أعرف كيف أخبرهم بذلك
 لا أريد أن يعاملوني على نحو مختلف
 أشعر أن هذا الأمر ليس ضروري
 أخشى أن أتعرض لأحكام يصدرونها على شخصي
 أخرى _____
 أفضل عدم الإجابة

القسم التاسع

ما حالتك المعيشية الحالية؟

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

منذ متى تعيش في هذا الوضع؟

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

ما مدى سعادتك بترتيبات حياتك المعيشية الحالية؟

- سعيد جداً
 سعيد
 حزين
 حزين للغاية

ما مدى صعوبة التخلص من الأشياء حتى إن لم تكن تستخدمها؟

- صعب جداً
 صعب نوعاً ما
 غير صعب على الإطلاق

كم عدد المرات التي تقف فيها الفوضى في منزلك عقبة أمام نشاطاتك اليومية؟ (على سبيل المثال، لا يمكنك العثور على أشياءك، أو متعلقاتك الأخرى، أو حدوث مشكلات عند التحرك في المساحة المحيطة بك.)

- دائماً
 معظم الوقت
 بعض الأحيان
 أبداً

هل تدرس في المدرسة في الوقت الحالي؟

- نعم، في المدرسة الثانوية
○ نعم، في كلية لمدة عامان
○ نعم، في كلية لمدة أربع سنوات
○ نعم، في كلية دراسات عليا
○ نعم في مدرسة مهنية/فنية
○ لا، لكنني أود ذلك
○ لا
○ أخرى _____

إذا كانت الإجابة بلا، ما هي أعلى درجة تعليم حصلت عليها؟

- بعض التحصيل الدراسي، ولكن لم استكمل
○ بعض التحصيل الدراسي الجامعي
○ درجة زمالة إحدى الجامعات
○ درجة البكالوريوس
○ درجة الماجستير
○ المدرسة الثانوية
○ خريج مدرسة ثانوية/ اختبار تطوير التعليم العام
○ التعليم المهني/ مدرسة فنية
○ درجة مهنية، أو درجة دكتوراه أعلى من
○ درجة الماجستير (مثال: دكتوراه في الطب، أو
○ دكتوراه في جراحة الأسنان، أو دكتوراه في
○ الطب البيطري، أو درجة الدكتوراه العلمية)

إذا كنت حاليًا تدرس في المدرسة، يُرجى إجابة الأسئلة التالية. إذا كانت إجابتك خلاف ذلك، يُرجى الانتقال إلى القسم الحادي عشر.

ما هو وضع التسجيل في مدرستك؟

- دوام كامل □ دوام جزئي □ غير متأكد

هل تحضر الدروس شخصيًا أو عبر شبكة الإنترنت؟

- دروس شخصية ○ دروس عبر الإنترنت ○ دروس شخصية وعبر الإنترنت معًا

يُرجى توضيح كيف ساعدتك النشاطات التالية على تطوير علاقات الصداقة.

لم أشترك	لا يوجد صداقات	علاقات صداقة عارضة	علاقات صداقة قوية	
○	○	○	○	توجيه الأقران
○	○	○	○	مجموعات طلبة أو الأندية
○	○	○	○	لقاء أشخاص في الفصل
○	○	○	○	لقاء أشخاص في مسكنك، أو في السكن الجماعي
○	○	○	○	وسائل التواصل الاجتماعي
○	○	○	○	الألعاب الجماعية والأندية الرياضية
○	○	○	○	مناسبات اجتماعية أخرى

هل أنت على علم بالمساعدات، أو المصادر المخصصة، أو كلاهما للطلاب ذوي الإعاقة في مدرستك؟

- نعم، لكن لا أستخدمها ○ نعم، وأنا أستخدمها ○ لا ○ غير متأكد

هل صنفتك مدرستك في فئة من يحتاجون إلى توفير المساعدة (مثال: دروس خصوصية، أو إسكان خاص، أو استشارات)؟

- نعم ○ لا ○ غير متأكد

رجاءً أخبرنا باحتياجاتك التعليمية. يُرجى التأكد من استكمال كلا العمودين.

هل أنت بحاجة إلى المزيد من هذه الخدمة؟		هل تحصل على هذه الخدمة؟		
لا	نعم	لا	نعم	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إسكان خاص
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	المساعدة في الخضوع للاختبار
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الإرشاد الأكاديمي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	المساعدة في تسجيل الملاحظات
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	دروس خصوصية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	توجيه الأقران/ الداعمات الاجتماعية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أخرى _____

ما هي خططك بعد التخرج؟ اختر جميع ما ينطبق.

- العمل التطوعي
 لا أعرف
 أخرى _____

- الاستمرار في التعليم (للحصول على درجة علمية)
 البحث عن وظيفة
 الحصول على وقت للراحة (للسفر أو غيره)

القسم الحادي عشر

يُرجى وضع علامة أمام الخدمات التالية التي تعلم بشأنها، أو مشترك بها، أو بحاجة إلى معلومات عنها. اختر جميع ما ينطبق.

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

خلال الشهر الماضي، كم عدد أيام الأسبوع في المتوسط التي تقضي فيها وقت مع الأصدقاء خارج المدرسة أو مكان العمل؟

0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ أفضل عدم الإجابة ○

خلال الأشهر 12 الماضية، هل اشتركت في أي نشاطات جماعية خارج المدرسة مثل مجموعات شباب، أو فريق رياضي مجتمعي؟

○ نعم ○ لا ○ غير متأكد

إذا كانت الإجابة بنعم، كم عدد المجموعات التي اشتركت بها والتي تتضمن فقط الأشخاص ذوي الإعاقة؟

0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ أكثر من 4 ○

يُرجى بيان ما إذا كانت التحديات التالية تتداخل مع، أو تمنعك من الاشتراك في نشاطات مجتمعية مثل الأنشطة الرياضية، أو الأندية، أو الهوايات، أو غيرها من النشاطات المنظمة.

غير متأكد	لا	نعم	
○	○	○	التحديات العاطفية (القلق، أو الاكتئاب، أو الخوف، إلى آخره)
○	○	○	التحديات السلوكية (العدوان، أو سلوكيات إيذاء النفس، إلى آخره)
○	○	○	تحديات بدنية (الوصول، التنقل، إلى آخره)

يُرجى وصف مدى رضاك عن العلاقات التالية.

أفضل عدم الإجابة	لا يوجد	أنا راض عن ... الخاص بي	يوجد لدي ولكن أرغب في المزيد/الأفضل...	ليس لدي، ولكن أرغب في ذلك...	
○	○	○	○	○	الأصدقاء الثقة
○	○	○	○	○	الأصدقاء الذين أختلط معهم
○	○	○	○	○	العلاقات مع الآباء
○	○	○	○	○	العلاقات مع الأشقاء
○	○	○	○	○	العلاقات مع أطفالك
○	○	○	○	○	علاقة مع شريك الحياة (مثال، الزوج، الشريك)
○	○	○	○	○	المعارف
○	○	○	○	○	علاقات أخرى _____

يُرجى ذكر عدد المرات التي تصف فيها كل عبارة من العبارات التالية ما تشعر به.

أفضل عدم الإجابة	أبدًا	نادرًا	في بعض الأحيان	في كثير من الأحيان	
○	○	○	○	○	ليس لدي أي شخص لأتحدث إليه
○	○	○	○	○	لا أشترك أفكارًا واهتماماتي مع المحيطين بي
○	○	○	○	○	من الصعب بالنسبة لي عقد صداقات

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

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الإشارة إلى عدد ساعات اشتراكك كل أسبوع.	أنا أشارك في هذا النشاط		
	نعم	لا	
الساعات	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	عمل تطوعي
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مجموعات، أو أندية، أو مؤسسات
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الأنشطة الروحية أو الدينية
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ممارسة الرياضة
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	رياضات منظمة أو ترفيهية
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هوايات أو مصالح خاصة
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أعمال منزلية أو واجبات
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	النشاطات الاجتماعية مع الأصدقاء
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	نشاطات أخرى _____

يُرجى ذكر ما إذا اشتركت في النشاطات التالية بالقدر الكافي بالنسبة لك خلال الثلاثون يومًا الماضية، وما إذا كانت هذه النشاطات هامة بالنسبة لك. يُرجى التأكد من استكمال كلا العمودين.

هل هذا النشاط هام بالنسبة لك؟		هل تقوم بهذا النشاط بشكل؟			
هذا أمر غير هام بالنسبة لي	هذا أمر هام بالنسبة لي	أكثر مما ينبغي	غير كافي	كافي	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أذهب إلى مكتبة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أذهب إلى قاعة رياضية، أو نادي صحي، أو نادي ألعاب رياضية، والذي يشمل حمام سباحة، أو المشاركة في مناسبة رياضية (ويتضمن البولينج، والتنس، والجولف المصغر، إلى آخره)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أذهب إلى منظمة تأييد ذاتي أو مجموعة/ منظمة تأييد
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أذهب إلى مجموعة اجتماعية في المجتمع (على سبيل المثال نادي الكتاب، أو مجموعة لممارسة أحد الهوايات، أو مجموعة أخرى من الأشخاص ذوي اهتمامات مماثلة)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الذهاب إلى، أو المشاركة في الأنشطة، أو منظمات مدنية أو سياسية

يُرجى إخبارنا عن احتياجاتك الخاصة من الخدمات الصحية والتعليمية المتخصصة. يُرجى اختيار ما إذا كنت تتلقى الخدمة، وما إذا كنت بحاجة إلى مزيد من الخدمة المذكورة. يُرجى التأكد من استكمال كلا العمودين.

هل أنت بحاجة للحصول على المزيد من هذه الخدمة؟		هل أنت تحصل على 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: منسقي الدعم، وموظفي الإدماج المجتمعي، وموظفي الدعم المجتمعي، والعاملين في مجال الرعاية الشخصية)
<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"/>	إدارة الحالة
<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"/>	استشارات العقاقير والكحول
<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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات الاستعادة من الدعم

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

لا يوجد	لا اتفق تمامًا	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: منسقي الدعم، وموظفي الإدماج المجتمعي، وموظفي الدعم المجتمعي، والعاملين في مجال الرعاية الشخصية)
<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"/>	إدارة الحالة
<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"/>	استشارات العقاقير والكحول
<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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	استشارات الاستعادة من الدعم

هل واجهت أي عوائق عند الحصول على خدمات صحية وتعليمية متخصصة؟

نعم لا

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> الموصلات | <input type="checkbox"/> لا يوجد عدد كافي من الموظفين لدى مقدمي الخدمات |
| <input type="checkbox"/> مشكلات الجدول الزمني | <input type="checkbox"/> مقدمو الخدمات في المنطقة لن يقابلوا الأشخاص الذين يعانون من التوحد |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد مقدمي خدمات في المنطقة | <input type="checkbox"/> مقدمو الخدمات في المنطقة لن يقابلوا الأشخاص الذين شخصت حالتهم بأمراض الصحة العقلية |
| <input type="checkbox"/> لا يوجد عدد كافي من مقدمي الخدمات في المنطقة | <input type="checkbox"/> تكلفة الخدمات/ تأميني لا يغطي الخدمات المتوفرة |
| <input type="checkbox"/> تكلفة الخدمات/ تأميني لا يغطي الخدمات المتوفرة | <input type="checkbox"/> أخرى _____ |

<p>هل لديك نظام تواصل رسمي جاهز؟ (على سبيل المثال، نظام تبادل الصور PECS، أو الأجهزة اللوحية، أو أجهزة توليد النطق، أو أجهزة التواصل المُعززة الأخرى).</p> <p>○ نعم ○ لا ○ أخرى _____</p>	
<p>إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى اختيار مكان استخدام نظام التواصل. <u>اختر جميع ما ينطبق.</u></p> <p>○ المنزل ○ المدرسة ○ أخرى _____</p> <p>○ العمل ○ في محيط المجتمع</p>	
<p>القسم الرابع عشر</p>	
<p>هل تشعر بالارتياح نحو الإجابة التي تتعلق بهويتك الجنسية؟</p> <p>○ نعم ○ لا</p>	
<p>إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى إجابة الأسئلة التالية. وإذا كانت الإجابة خلاف ذلك، يُرجى تخطي القسم الخامس عشر.</p>	
<p>ما هو جنسك عند الولادة؟</p> <p>○ ذكر ○ أنثى ○ خُنثى ○ أفضل عدم الإجابة</p>	
<p>هل تُحدد هويتك بصفتك متحول جنسيًا و/ أو ذو جنس غير مؤكد؟</p> <p>○ ذكر ○ أنثى ○ أفضل عدم الإجابة</p>	
<p>القسم الخامس عشر</p>	
<p>فيما يتعلق بالموصلات، ما هي وسيلة الانتقال الاعتيادية التي تستخدمها للتنقل؟ <u>اختر جميع ما ينطبق.</u></p> <p>○ قيادة سيارتك الخاصة ○ مواصلات عامة</p> <p>○ راكب بسيارة العائلة أو الوالدين ○ وسيلة انتقال يوفرها برنامج يومي</p> <p>○ راكب بسيارة خاصة مع الأصدقاء ○ وسيلة انتقال يوفرها منزل جماعي</p> <p>○ أتوبيس أو سيارة تابعة للمقاطعة، أو البلدية، أو منظمة غير ربحية ○ وسيلة انتقال توفرها المدرسة/ مؤسسة تعليمية</p> <p>○ سيارة أجرة أو أي سيارة أخرى متاحة للتأجير ○ مشاركة المركبات (أوبر، ليفت)</p> <p>○ سيرًا على الأقدام ○ مشاركة السيارة (مثل، زيب كار، إنتيربرايس كار شير)</p> <p>○ دراجة هوائية ○ أخرى _____</p> <p>○ راكب بسيارة خاصة مع سائق متطوع</p>	
<p>لأي غرض تستخدم وسائل المواصلات؟ <u>اختر جميع ما ينطبق.</u></p> <p>○ العمل/ التوظيف ○ زيارة الأهل والأصدقاء</p> <p>○ التعليم، أو التدريب المهني، أو التدريب على الوظيفة ○ التسوق/ المهام اليومية</p> <p>○ النشاطات الترفيهية أو الاجتماعية ○ الذهاب إلى صالة الألعاب الرياضية/ النادي الصحي</p> <p>○ الذهاب إلى المواعيد الطبية أو الرعاية الصحية ○ الذهاب إلى محطة الأتوبيس أو القطار</p> <p>○ الأنشطة الدينية ○ أخرى _____</p>	
<p>عند التجول بالمنطقة، أي من المواقف التالية تمثل مشكلة بالنسبة لك؟ <u>اختر جميع ما ينطبق.</u></p> <p>○ عبور الطريق ○ وجود العديد من الأشخاص على ممر المشاة</p> <p>○ تقدير المسافة و/ أو سرعة السيارات ○ الكثير من السيارات المارة أو ازدحام الحركة المرورية</p> <p>○ التجول في المناطق الخالية من ممرات المشاة (فوق العشب أو بالشارع) ○ صعوبة تقدير الاتجاهات أو المسار</p> <p>○ التعامل مع وسائل التشنيت أثناء السير. ○ أخرى _____</p> <p>○ لا توجد صعوبة في التجول سيرًا على الأقدام</p>	

أي مما يلي يجعل من الصعب عليك ركوب المواصلات العامة. اختر جميع ما ينطبق.

<input type="checkbox"/> صعوبة تخطيط رحلة باستخدام المواصلات العامة <input type="checkbox"/> خدمة المواصلات العامة غير موثوق بها <input type="checkbox"/> القلق حول وقوع الجرائم بالمواصلات العامة <input type="checkbox"/> القلق حول الحصول على مقعد بالأوتوبيس أو القطار <input type="checkbox"/> القلق حول سلوك سائق المواصلات العامة التعاوني <input type="checkbox"/> القلق حول معاملة مستخدمي المواصلات العامة الآخرين لك <input type="checkbox"/> أخرى _____ <input type="checkbox"/> لا توجد صعوبات عند استخدام المواصلات العامة	<input type="checkbox"/> غير متاح في منطقتي <input type="checkbox"/> صعوبة الوصول إلى موقف الأتوبيس/ القطار بدون مساعدة <input type="checkbox"/> ركوب أو النزول من القطارات أو الأتوبيسات <input type="checkbox"/> المواصلات العامة غير متاحة عند الحاجة إليها <input type="checkbox"/> المواصلات العامة لا تذهب إلى حيث أريد <input type="checkbox"/> الانتقال للمكان المراد عبر عدد كبير من الرحلات <input type="checkbox"/> تكاليف المواصلات العامة أكثر من اللازم <input type="checkbox"/> لا يريد الوالدين/ أولياء الأمر مني أن استخدم المواصلات العامة
---	---

القسم السادس عشر

يتناول السؤال التالي جزء من علاقاتك بالآخرين، ومدى توافقك مع ...

لا يوجد	لا أتوافق معهم أبداً	متوافق في بعض الأحيان	متوافق دائماً	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أحد والديك (أو كلاهما)، أو واحد أو أكثر من مقدمي الرعاية
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	إخوتك وأخواتك
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أفراد عائلتك (أجداد، خالات، أعمام، إلى أخره)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	الآخرين الذين يزورون منزلك

القسم السابع عشر

هل أنت جزء من فريق دعم أو فريق تاييد؟

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

إذا كانت الإجابة نعم، هل كان ذلك عبر الإنترنت أو شخصياً؟

عبر الإنترنت شخصياً كلاهما

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

صداقة/ الاختلاط الاجتماعي زيادة الوعي تقديم المشورة/ المساهمة الفعالة لإحداث تغيير
 الحصول على معلومات شخص موصى به لي
 مصالح مماثلة/ خبرة أخرى _____

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

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

نشكركم على استكمال تقييم احتياجات مرضى التوحد في بنسلفانيا