

## PA स्वलीनता आवश्यकता मूल्यांकन

यह सर्वेक्षण पूरा करने के लिए आपका धन्यवाद। स्वलीनता शब्द का इस्तेमाल हर जगह स्वलीनता स्पेक्ट्रम विकार (ASD) को संदर्भित करने के लिए किया जाता है। जब तक अन्यथा न बताया गया हो, तब तक हर प्रश्न के लिए केवल एक उत्तर की पसंद को चिह्नित करें। अगर आपका कोई प्रश्न है, तो कृपया info@paautism.org या 1-877-231-4244 पर ASERT Collaborative से संपर्क करें।

अनुभाग 1		
कौन सा वर्ग आपके लिंग के लिए सर्वाधिक उचित है?		
<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> स्त्री	<input type="checkbox"/> अन्य _____
आपकी प्रजाति/जातीयता क्या है? <i>लागू होने वाले सभी चुनें!</i>		
<input type="checkbox"/> अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी	<input type="checkbox"/> अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी	<input type="checkbox"/> कोरियाई
<input type="checkbox"/> एशियाई भारतीय	<input type="checkbox"/> चीनी	<input type="checkbox"/> हवाई के मूल निवासी
<input type="checkbox"/> कौकेशियाई/यूरोपीय अमेरिकी	<input type="checkbox"/> फिलिपिनो	<input type="checkbox"/> वियतनामी
	<input type="checkbox"/> हिस्पैनिक या लातीनी	<input type="checkbox"/> अन्य _____
<input type="checkbox"/> जापानी	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे	
आपका 5-अंकों का ज़िप कोड क्या है?		
आप किस साल और महीने में पैदा हुए थे?		
जन्म का महीना (महीना) _____	जन्म का साल (साल) _____	
निम्नलिखित में से कौन-सा आपकी मौजूदा वैवाहिक स्थिति का सबसे बेहतर ढंग से वर्णन करता है?		
<input type="checkbox"/> विवाहित	<input type="checkbox"/> कभी शादी नहीं हुई	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
<input type="checkbox"/> विधवा	<input type="checkbox"/> अलग/तलाकशुदा	
क्या आपके बच्चे हैं?		
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं, मैं बच्चे नहीं चाहता	
<input type="checkbox"/> नहीं, लेकिन इसके लिए योजना बना रहा हूँ	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे	
<input type="checkbox"/> नहीं, बच्चों के बारे में दुविधा में हूँ		
निम्नलिखित में से कौन-सा रोज़गार से आपकी वार्षिक आय के सबसे नज़दीक है?		
<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	
क्या आपके पास कोई पालतू पशु है (सेवा पशु सहित)?		
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	
क्या आपके किसी रिश्तेदार को स्वलीनता है?		
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं

<b>अगर हाँ, तो कौन-से रिश्तेदारों का स्वलीनता का निदान हुआ है? <u>लागू होने वाले सभी चुनें!</u></b>		
<input type="checkbox"/> माता-पिता	<input type="checkbox"/> चाची/चाचा, आदि	<input type="checkbox"/> बेचा/बेटी
<input type="checkbox"/> भाई/बहन	<input type="checkbox"/> चचेरा भाई-बहन आदि	<input type="checkbox"/> अन्य _____
<input type="checkbox"/> दादा-दादी/नाना-नानी	<input type="checkbox"/> भतीजी/भतीजा	
<b>अनुभाग 2</b>		
<b>12 महीने पहले की तुलना में, क्या आप कहेंगे कि आपका समय स्वास्थ्य है:</b>		
<input type="checkbox"/> बेहतर	<input type="checkbox"/> बदतर	<input type="checkbox"/> समान
कृपया अपनी पसंद को स्पष्ट करें:		
<b>जब आप पिछली बार दंत चिकित्सक से मिले थे, तब से कितना समय बीत चुका है? (सभी प्रकार के दंत चिकित्सा पेशेवर/विशेषज्ञ शामिल करें, जैसे ऑर्थोडॉन्टिस्ट, ओरल सर्जन, और दंत स्वच्छता विशेषज्ञ।)</b>		
<input type="checkbox"/> 6 महीने पहले से कम	<input type="checkbox"/> 6 महीने से 1 साल	<input type="checkbox"/> 1 साल पहले से ज्यादा
<b>जब आप पिछली बार नियमित जाँच के लिए डॉक्टर से मिले थे, तब से कितना समय बीत चुका है? (नियमित जाँच सामान्य शारीरिक परीक्षा है, यह विशिष्ट चोट, बीमारी या हालत के लिए परीक्षा नहीं है।)</b>		
<input type="checkbox"/> 6 महीने पहले से कम	<input type="checkbox"/> 6 महीने से 1 साल	<input type="checkbox"/> 1 साल पहले से ज्यादा
<b>आप फ़िलहाल, विटामिन के अलावा, निर्धारित दवा ले रहे हैं?</b>		
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं
<b>अगर हाँ, तो कृपया अपने लिए फ़िलहाल निर्धारित दवाओं की सूची बनाएँ।</b>		
<b>अनुभाग 3</b>		
<b>क्या आप कभी निम्नलिखित में से किसी के लिए निदान हुआ है? <u>लागू होने वाले सभी चुनें!</u></b>		
<input type="checkbox"/> आशंका विकार	<input type="checkbox"/> बौद्धिक अक्षमता (जिसे पूर्व में मानसिक मंदता के रूप में जाना जाता था)	
<input type="checkbox"/> ध्यान की कमी/अति-सक्रियता विकार (ADHD)	<input type="checkbox"/> जुनूनी बाध्यकारी विकार (OCD)	
<input type="checkbox"/> द्विध्रुवी विकार	<input type="checkbox"/> विरोधपरक उद्दंड विकार (ODD)	
<input type="checkbox"/> केंद्रीय श्रवण प्रक्रिया विकार (CAPD)	<input type="checkbox"/> शिज़ोफ्रेनिया या अन्य मानसिक विकार	
<input type="checkbox"/> आचरण विकार (CD)	<input type="checkbox"/> दौरा/दौरा विकार/मिर्गी	
<input type="checkbox"/> अवसाद	<input type="checkbox"/> संवेदी एकीकरण विकार	
<input type="checkbox"/> विकासात्मक देरी	<input type="checkbox"/> अभिघात पश्चात तनाव विकार (PTSD)	
<input type="checkbox"/> बधिरता	<input type="checkbox"/> पदार्थ उपयोग विकार	
<input type="checkbox"/> होर्डिंग विकार	<input type="checkbox"/> कोई नहीं	
<input type="checkbox"/> अधिगम अक्षमता	<input type="checkbox"/> अन्य _____	
<b>जब आपका स्वलीनता का निदान हुआ था, तो आपकी उम्र क्या थी?</b>		
<input type="checkbox"/> उम्र _____	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं	

## अनुभाग 4

क्या आप अब निम्नलिखित प्रकार के किसी स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर किए गए हैं? *लागू होने वाले सभी चुनें।*

<input type="checkbox"/> निजी स्वास्थ्य बीमा जो आप या परिवार का सदस्य रोज़गार के माध्यम से प्राप्त करता है	<input type="checkbox"/> वयोवृद्ध लाभ या TRICARE
<input type="checkbox"/> निजी स्वास्थ्य बीमा जो आप या परिवार के सदस्य ने खरीदा है (रोज़गार के माध्यम से नहीं)	<input type="checkbox"/> दंत चिकित्सा बीमा
<input type="checkbox"/> Medicaid (चिकित्सा सहायता), CHIP, या Medicare	<input type="checkbox"/> दृष्टि बीमा
	<input type="checkbox"/> बीमा जो नुस्खे की दवाएँ कवर करता है
	<input type="checkbox"/> अन्य _____

क्या आप फ़िलहाल प्रतीक्षा सूची या रुचि सूची पर हैं?

<input type="checkbox"/> बौद्धिक अक्षमता वाले व्यक्तियों के लिए प्रोग्राम के लिए प्रतीक्षा सूची (P/FDS या समेकित छूट)
<input type="checkbox"/> स्वलीनता सेवा ब्यूरो (BAS - वयस्क स्वलीनता छूट या ACAP) के माध्यम से प्रोग्राम के लिए रुचि सूची
<input type="checkbox"/> दोनों
<input type="checkbox"/> दोनों में से कोई नहीं
<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं

क्या आप फ़िलहाल किसी चिकित्सा सहायता छूट/प्रोग्राम पर हैं? *कृपया दोनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें।*

	मैं इस छूट में नामांकित हूँ		मैं इस छूट के बारे में और जानकारी प्राप्त करना चाहूँगा	
	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
वयस्क स्वलीनता छूट	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
वयस्क समुदाय स्वलीनता प्रोग्राम (ACAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
समेकित छूट	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P/FDS छूट	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBRA छूट	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अन्य _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## अनुभाग 5

क्या आपने कभी चिकित्सा कारणों के लिए ज़रूरी दवाओं से भिन्न दवाओं का इस्तेमाल किया है (विटामिन को छोड़कर)?

<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
------------------------------	-------------------------------	--

क्या आपको कभी ज़्यादा मात्रा में दवाएँ दी गई हैं (नुस्खे की या गैर-कानूनी)?

<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
------------------------------	-------------------------------	--

## अनुभाग 6

पिछले साल में, क्या आपको व्यवहारपरक या मनोरोग कारणों से आपातकालीन कक्ष में ले जाया गया है?

<input type="checkbox"/> हाँ, _____ बार	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
---	-------------------------------	--

पिछले साल में, क्या आप व्यवहारपरक या मानसिक कारणों से अस्पताल या अस्पताल-जैसी जगह में भर्ती हुए हैं?

<input type="checkbox"/> हाँ, _____ बार	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
---	-------------------------------	--

अगर आपने अस्पताल या अस्पताल-जैसी जगह में भर्ती होने का उत्तर हाँ में दिया है, तो कृपया अपनी सबसे हाल की भर्ती के आधार पर निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें। अन्यथा, कृपया अनुभाग 7 पर जाएँ।

आपके अस्पताल या अस्पताल-जैसी जगह में भर्ती होने का/के कारण क्या था? *लागू होने वाले सभी चुनें।*

<input type="checkbox"/> आक्रामकता	<input type="checkbox"/> स्व-हानिकारक व्यवहार
<input type="checkbox"/> आशंका	<input type="checkbox"/> जुनून में उल्लेखनीय वृद्धि
<input type="checkbox"/> उद्दंड/विरोधपरक व्यवहार	<input type="checkbox"/> अन्य _____
<input type="checkbox"/> अवसाद	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं
<input type="checkbox"/> घर/स्कूल से भागना	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे

आप अपने अस्पताल में रहने के निम्नलिखित पहलुओं से कितने संतुष्ट या असंतुष्ट थे?

	बहुत संतुष्ट	संतुष्ट	असंतुष्ट	बहुत असंतुष्ट
इलाज की गुणवत्ता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
छुट्टी की योजना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

आप कैसे भर्ती किया गया था?

<input type="checkbox"/> मैंने खुद को भर्ती करवाया था (201, स्वैच्छिक इलाज)	<input type="checkbox"/> मुझे मेरी मर्जी के खिलाफ भर्ती कराया गया था (302, अनैच्छिक इलाज)	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
---	---	--

आप अस्पताल या अस्पताल-जैसी जगह में कितने समय तक रहे थे?

<input type="checkbox"/> 24 घंटे से कम	<input type="checkbox"/> 24-48 घंटे	<input type="checkbox"/> 2+ दिन, कृपया हमें बताएँ कितने समय तक
--	-------------------------------------	--

क्या व्यवहारपरक या मनोरोग कारणों से अस्पताल या अस्पताल-जैसी जगह में यह आपकी पहली भर्ती थी?

<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं
------------------------------	-------------------------------	---

कृपया व्यवहारपरक या मनोरोग कारणों से आपके अस्पताल में सबसे हाल में रहने के बारे में कोई अतिरिक्त विवरण जोड़ें अतिरिक्त विवरण जोड़ें।

## अनुभाग 7

क्या आपके पुलिस/न्याय प्रणाली के साथ कभी निम्नलिखित में से कोई इंटरैक्शन हुआ है? *लागू होने वाले सभी चुनें।*

<input type="checkbox"/> पुलिस ने कॉल किया	<input type="checkbox"/> जेल में समय बिताया
<input type="checkbox"/> पुलिस द्वारा यातायात उल्लंघन से भिन्न किसी अन्य चीज़ के लिए रोका और पूछताछ की यातायात उल्लंघन से कुछ अन्य चीज़	<input type="checkbox"/> दुष्कर्म या घोर अपराध का आरोप लगाया गया
	<input type="checkbox"/> परिवीक्षा या पैरोल पर गए
<input type="checkbox"/> पुलिस चेतावनी जारी की गई (यातायात उल्लंघन से भिन्न)	<input type="checkbox"/> अन्य _____
	<input type="checkbox"/> कोई नहीं
<input type="checkbox"/> प्रशस्ति पत्र जारी किया गया	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
<input type="checkbox"/> पुलिस ने गिरफ़्तार किया	

क्या आप कभी अपराध का शिकार हुए हैं?

हाँ

नहीं

उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे

अगर आप सुविधा महसूस करें, तो कृपया पुलिस या अन्य न्याय प्रणाली कर्मियों के साथ या अपराध के शिकार के रूप में अपने अनुभव की ज़्यादा जानकारी साझा करें।

## अनुभाग 8

क्या आप फ़िलहाल रोज़गार में हैं? कृपया केवल भुगतान-शुदा पद शामिल करें।

हाँ, पूरे समय रोज़गार में (35 घंटे प्रति सप्ताह या ज़्यादा)

नहीं, लेकिन फ़िलहाल रोज़गार की तलाश में है

नहीं, मैं सेवानिवृत्त हूँ

हाँ, अंश-कालिक रोज़गार में (प्रति सप्ताह 35 घंटे से कम)

नहीं, मैं सेवानिवृत्त नहीं हूँ और काम की तलाश में नहीं हूँ

अगर हाँ, तो आपके पास किस प्रकार का काम है?

कार्यालय/प्रशासनिक सहायता

खाद्य पदार्थ की तैयारी/सर्विंग

उत्पादन/विनिर्माण

बिक्री पद (खुदरा सहित)

परिवहन/सामग्री संभाल

अन्य \_\_\_\_\_

अगर नहीं, तो क्या आपने कोई काम किया है?

हाँ

नहीं

निश्चित नहीं हैं

उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे

आने किस उम्र में काम करना शुरू किया था?

रोज़गार की खोज करने के लिए आपने निम्नलिखित में से किसका इस्तेमाल किया था। **लागू होने वाले सभी चुनें!**

स्कूल काउंसलर

माता-पिता/रिश्तेदार का कनेक्शन

छूट या अन्य प्रोग्राम से

इंटरनेट खोज

दूसरों से सुनकर

रोज़गार सहायता

नौकरी का मेला

व्यावसायिक कार्यालय

अन्य \_\_\_\_\_

अखबार

पुनर्वास (OVR) परामर्शदाता

लागू नहीं (रोज़गार की तलाश नहीं कर रहे)

कृपया नौकरी खोज प्रक्रिया के बारे में निम्नलिखित कथन पूरे करें।					
	बहुत मुश्किल	मुश्किल	आसान	बहुत आसान	
रोज़गार के अवसर खोजना है...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
नौकरी का आवेदन-पत्र भरना है...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
आत्म-परिचय बनाना है...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
संभावित नियोक्ताओं से मेरा साक्षात्कार होना है...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
साक्षात्कार है...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
साक्षात्कार तक और से परिवहन खोजना है...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
साक्षात्कार के बाद अनुसरण करना है...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
कृपया अपने रोजगार के बारे में निम्नलिखित कथनों में से प्रत्येक के साथ अपनी सहमति के स्तर को इंगित करें।					
	दृढ़ता से सहमत	सहमत	असहमत	दृढ़ता से असहमत	लागू नहीं
मुझे समूह परिवेश में काम करना सुविधा महसूस होती है।	<input type="checkbox"/>				
मुझे अपने साथियों को जानकारी या मदद के लिए कहने में सुविधा महसूस होती है।	<input type="checkbox"/>				
मुझे अधिकारी को जानकारी या मदद के लिए कहने में सुविधा महसूस होती है।	<input type="checkbox"/>				
मुझे अधिकारी को काम से छुट्टी के लिए कहने में सुविधा महसूस होती है।	<input type="checkbox"/>				
मुझे आवास के लिए कहने में सुविधा महसूस होती है।	<input type="checkbox"/>				

कृपया संकेत करें कि आप अपने मौजूदा या सबसे हाल के कार्यस्थल के बारे में निम्नलिखित कथनों से कितना सहमत या असहमत हैं।

	दृढ़ता से सहमत	सहमत	असहमत	दृढ़ता से असहमत	लागू नहीं
मेरे कौशल समझे जाते हैं।	<input type="checkbox"/>				
मेरे वेतन उचित है।	<input type="checkbox"/>				
मुझे स्वलीनता के लिए अनुकूलन/समर्थन मिलता है।	<input type="checkbox"/>				

क्या आपके कार्यस्थल में लोगों को पता है कि आपको स्वलीनता है?

<input type="checkbox"/> हाँ, हर कोई जानता है	<input type="checkbox"/> हाँ, लेकिन केवल मेरे साथी/सहकर्मी जानते हैं	<input type="checkbox"/> नहीं
<input type="checkbox"/> हाँ, लेकिन केवल मेरा पर्यवेक्षक जानता है		<input type="checkbox"/> लागू नहीं (मैं फ़िलहाल रोज़गार में नहीं हूँ)

अगर नहीं, तो क्यों नहीं? *लागू होने वाले सभी चुनें।*

<input type="checkbox"/> मुझे नहीं पता कि उन्हें कैसे बताऊँ	<input type="checkbox"/> मुझे डर है मेरी अवहेलना की जाएगी
<input type="checkbox"/> मैं नहीं चाहता कि मेरे साथ अलग ढंग से व्यवहार हो	<input type="checkbox"/> अन्य _____
<input type="checkbox"/> मुझे नहीं लगता यह आवश्यक है	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे

## अनुभाग 9

आप फ़िलहाल कहाँ रह रहे हैं?

<input type="checkbox"/> समर्थन के बिना अकेले (किराये पर या खुद)	<input type="checkbox"/> आवासीय सुविधा में (राज्य अस्पताल या राज्य केंद्र सहित)
<input type="checkbox"/> समर्थन के साथ अकेले (किराये पर या खुद)	<input type="checkbox"/> समूह घर में
<input type="checkbox"/> कमरे के साथी/पति या पत्नी के साथ (किराये पर या खुद)	<input type="checkbox"/> बेघर
<input type="checkbox"/> माता-पिता या अन्य रिश्तेदारों के साथ	<input type="checkbox"/> अन्य _____

आप इस मौजूदा आवास स्थिति में कब से रह रहा है?

<input type="checkbox"/> अपने पूरे जीवन	<input type="checkbox"/> 1 साल से कम	<input type="checkbox"/> 1-2 साल	<input type="checkbox"/> 3-5 साल	<input type="checkbox"/> 5 साल से ज्यादा
---	--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--

आप अपनी आवास की मौजूदा व्यवस्था से कितने खुश हैं?

<input type="checkbox"/> बहुत खुश	<input type="checkbox"/> खुश	<input type="checkbox"/> नाखुश	<input type="checkbox"/> बहुत नाखुश
-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

आपके के लिए चीज़ें फेंकना कितना मुश्किल है चाहे आप उनका इस्तेमाल न करते हों?

<input type="checkbox"/> बहुत मुश्किल	<input type="checkbox"/> कुछ हद तक मुश्किल	<input type="checkbox"/> बिल्कुल मुश्किल नहीं
---------------------------------------	--	---

आपके घर में अव्यवस्था कितनी बार आपकी दैनिक गतिविधियों के बाधा देती है? (उदाहरण के लिए, सामग्री, या आपका अन्य सामान न मिलना, या अपने स्थान में चलने-फिरने में समस्या होना।)

<input type="checkbox"/> हमेशा	<input type="checkbox"/> ज्यादातर समय	<input type="checkbox"/> कभी-कभी	<input type="checkbox"/> कभी नहीं
--------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

## अनुभाग 10

क्या आप फ़िलहाल स्कूल में हैं?

<input type="checkbox"/> हाँ, हाई स्कूल	<input type="checkbox"/> हाँ, स्नातक स्कूल	<input type="checkbox"/> नहीं, लेकिन मैं होना चाहूँगा
<input type="checkbox"/> हाँ, दो-साल का कॉलेज	<input type="checkbox"/> हाँ, व्यावसायिक/तकनीकी स्कूल	<input type="checkbox"/> नहीं
<input type="checkbox"/> हाँ, चार-साल का कॉलेज		<input type="checkbox"/> अन्य _____

अगर नहीं, तो आपके द्वारा पूरी की गई शिक्षा का उच्चतम स्तर क्या है?

<input type="checkbox"/> कुछ स्कूली शिक्षा, लेकिन हाई स्कूल पूरा नहीं किया	<input type="checkbox"/> कुछ कॉलेज	<input type="checkbox"/> पेशेवर या डॉक्टर की डिग्री जो मास्टर्स की डिग्री के बाद है (जैसे MD, DDS, DVM, PhD)
<input type="checkbox"/> हाई स्कूल स्नातक/GED	<input type="checkbox"/> एसोसिएट डिग्री	
<input type="checkbox"/> व्यावसायिक/तकनीकी स्कूल	<input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री <input type="checkbox"/> मास्टर्स डिग्री	

अगर आप फ़िलहाल स्कूल में हैं, तो कृपया निम्नलिखित प्रश्नों का उत्तर दें। अन्यथा, कृपया अनुभाग 11 पर जाएँ।

स्कूल में आपके नामांकन की स्थिति क्या है?

<input type="checkbox"/> पूर्णकालिक	<input type="checkbox"/> अंशकालिक	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं
-------------------------------------	-----------------------------------	---

आप कक्षाओं में व्यक्तिगत रूप से उपस्थित होते हैं या ऑनलाइन?

<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत कक्षाएँ	<input type="checkbox"/> ऑनलाइन कक्षाएँ	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत रूप से और ऑनलाइन दोनों कक्षाएँ
--	---	---

कृपया संकेत करें कि निम्नलिखित गतिविधियों ने आपको दोस्ती बनाने में किस रूप में मदद की है।

	बहुत पक्की दोस्ती	यदाकदा की दोस्ती	कोई दोस्ती नहीं	भाग नहीं लिया
साथी का संरक्षण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
विद्यार्थी समूह या क्लब	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
वर्ग में लोगों से मिलना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अपने सोने के कमरे या आवास में लोगों से मिलना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सामाजिक मीडिया	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अंदर और क्लब खेल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अन्य सामाजिक कार्यक्रम	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

क्या आप अपने स्कूल में विकलांग विद्यार्थियों के लिए सहायता और/या संसाधनों के बारे में जानते हैं?

<input type="checkbox"/> हाँ, लेकिन मैं उनका इस्तेमाल नहीं करता	<input type="checkbox"/> हाँ, और मैं उनका इस्तेमाल करता हूँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं
---	---	-------------------------------	---

क्या आपके स्कूल ने आपकी पहचान ऐसे विद्यार्थी के रूप में की जिसे अनुकूलन की ज़रूरत है (जैसे ट्यूटोरिंग, विशेष आवास, परामर्श)?

<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं
------------------------------	-------------------------------	---

कृपया हमें अपनी शिक्षा की ज़रूरतों के बारे में बताएँ। कृपया दोनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें।								
	क्या आप यह सेवा प्राप्त कर रहे हैं?		क्या आपको इस सेवा की और ज़्यादा ज़रूरत है?					
	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं				
विशेष आवास	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
परीक्षण देने में सहायता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
शैक्षिक परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
नोट लेने में सहायता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ट्यूटोरिंग	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
साथी का संरक्षण/सामाजिक समर्थन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
अन्य _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>स्नातक होने के बाद आपकी क्या करने की योजना है? लागू होने वाले सभी चुनें।</b>								
<input type="checkbox"/> सतत शिक्षा (डिग्री की ओर)		<input type="checkbox"/> स्वयंसेवा						
<input type="checkbox"/> नौकरी की तलाश करना		<input type="checkbox"/> पता नहीं						
<input type="checkbox"/> छुट्टी लेंगे (यात्रा के लिए या अन्यथा)		<input type="checkbox"/> अन्य _____						
<b>अनुभाग 11</b>								
कृपया अपने बच्चे के बारे में निम्नलिखित सेवाओं को चेक करें जिनके बारे में या तो आप जानते हैं, उनमें शामिल हैं, या जिनकी आपको और जानकारी चाहिए। <u>लागू होने वाले सभी चुनें।</u>								
	जिनकी जानकारी है	जिनमें शामिल हैं	जिनकी और जानकारी चाहिए	लागू नहीं				
व्यावसायिक पुनर्वास कार्यालय	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
सामाजिक सुरक्षा लाभ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
अन्य सरकारी सहायता (फ़ूड स्टैंप्स, रियायती आवास, आदि।)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>अनुभाग 12</b>								
पिछले महीने के दौरान, आपने औसतन हफ़्ते में लगभग कितने दिन स्कूल या काम के बाहर दोस्तों के साथ बिताए हैं?								
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
पिछले 12 महीनों के दौरान, क्या आपने स्कूल के बाहर, किसी समूह गतिविधि में भाग लिया है, जैसे युवा समूह या सामुदायिक खेल टीम?								
<input type="checkbox"/> हाँ		<input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> निश्चित नहीं हैं				
अगर हाँ, तो आप जिन समूहों में भाग लेते हैं, उनमें से कितनों में केवल विकलांग लोग शामिल होते हैं?								
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 +				

कृपया संकेत करें कि क्या निम्नलिखित चुनौतियाँ आपके द्वारा समुदाय में गतिविधियों में भाग लेने में हस्तक्षेप करती हैं या उसे रोकती हैं जैसे, खेल, क्लब, शौक, या अन्य व्यवस्थित गतिविधियाँ।

	हाँ	नहीं	निश्चित नहीं हूँ
भावनात्मक चुनौतियाँ (चिंता, अवसाद, भय, आदि।)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
व्यवहारपरक चुनौतियाँ (आक्रामकता, स्व-हानिकारक व्यवहार, आदि।)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
शारीरिक चुनौतियाँ (पहुँच, गतिशीलता, आदि।)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

कृपया निम्नलिखित रिश्तों के साथ अपनी संतुष्टि का वर्णन करें।

	मेरे पास नहीं है, लेकिन मैं चाहूँगा...	मेरे पास है, लेकिन मैं ज़्यादा/बेहतर चाहूँगा...	मैं हूँ अने इससे संतुष्ट...	लागू नहीं	उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
दोस्त जिनके साथ निजी बातें साझा कर सकते हैं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दोस्त जिनके साथ सामाजिक मेलजोल कर सकते हैं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
माता-पिता के साथ संबंध	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
भाई-बहनों के साथ संबंध	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अपने बच्चों के साथ संबंध	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अन्य महत्वपूर्ण के साथ संबंध (जैसे पति, साथी)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
परिचित	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अन्य संबंध _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

हमें बताएँ कि कितनी बार निम्नलिखित कथनों में से प्रत्येक इसका वर्णन करता है कि आप कैसा महसूस करते हैं।

	अकसर	कभी-कभी	शायद ही कभी	कभी नहीं	उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
मेरे पास बात करने के लिए कोई नहीं है	<input type="checkbox"/>				
मेरे रुचियों और विचार मेरे आसपास के लोगों के साथ साझा नहीं होते	<input type="checkbox"/>				
मेरे लिए दोस्त बनाना मुश्किल है	<input type="checkbox"/>				

क्या आप निम्नलिखित गतिविधियों में भाग लेते हैं? कृपया दोनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें!			
	मैं इस गतिविधि में भाग लेता हूँ		अगर हां, तो कृपया बताएँ कि हर हफ्ते आप कितने घंटे भाग लेते हैं।
	नहीं	हाँ	घंटे
स्वैच्छिक काम	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
समूह, क्लब, या संगठन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
आध्यात्मिक या धार्मिक गतिविधियाँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
व्यायाम	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
आयोजित या मनोरंजक खेल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
शौक या विशेष रुचियाँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
घर के काम/कर्तव्य	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
दोस्तों के साथ सामाजिक गतिविधियाँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
अन्य गतिविधियाँ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

कृपया हमें बताएं कि क्या आपने पिछले 30 दिनों में निम्नलिखित गतिविधियों में उस सीमा तक भाग लिया है जितना आप चाहते हैं, और क्या ये गतिविधियाँ आपके लिए महत्वपूर्ण हैं। कृपया दोनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें!

	क्या आप यह गतिविधि करते हैं?			क्या यह गतिविधि आपके लिए महत्वपूर्ण है?	
	काफी	अपर्याप्त	बहुत ज़्यादा	यह मेरे लिए महत्वपूर्ण है	यह मेरे लिए महत्वपूर्ण नहीं है
लाइब्रेरी में जाना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
जिम, स्वास्थ्य या व्यायाम क्लब, पूल सहित, या खेल कार्यक्रमों (गेंदबाजी, टेनिस, लघु गोल्फ़, आदि) में भाग लेना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
स्वतः हिमायत द्वारा संचालित संगठन या हिमायत समूह/संगठन में जाना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सामाजिक समूह में जाना समुदाय (उदाहरण के लिए, पुस्तक क्लब, हॉबी समूह, समान रुचियों वाले अन्य लोगों के समूह)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
नागरिक या राजनीतिक गतिविधियों या संगठनों में जाना या भाग लेना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## अनुभाग 13

कृपया हमें अपनी विशेषज्ञता स्वास्थ्य और शिक्षा सेवा ज़रूरतों के बारे में बताएँ। कृपया चुनें कि क्या आप सेवा प्राप्त कर रहे हैं, और क्या आप सूचीबद्ध सेवा और ज़्यादा चाहिए। *कृपया दोनों कॉलम भरना सुनिश्चित करें।*

	क्या आप यह सेवा प्राप्त कर रहे हैं?		क्या आपको इस सेवा की और ज़्यादा ज़रूरत है?	
	हाँ	नहीं	हाँ	नहीं
मानसिक स्वास्थ्य परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
वाणी / भाषा उपचार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पेशे-संबंधी उपचार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
शारीरिक उपचार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सामाजिक कौशल प्रशिक्षण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
व्यवहारपरक समर्थन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एक-से-एक समर्थन (जैसे समर्थन समन्वयक, समुदाय समावेशन कर्मचारी, समुदाय समर्थन पेशेवर, निजी देखभाल कर्मी समर्थन)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
समर्थन समन्वयन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
प्रकरण प्रबंधन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
तंत्रिका विज्ञान सेवाएँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दवा प्रबंधन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
यौन स्वास्थ्य शिक्षा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
संबंधों पर परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
नशीली दवाओं और अल्कोहल पर परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
व्यावसायिक प्रशिक्षण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
संक्रमण योजना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
समर्थित रोज़गार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कैरियर परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दाँतों की देखभाल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
लाभ परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

कृपया हमें बताएं कि क्या आप निम्नलिखित सेवाओं के संबंध में निम्नलिखित कथनों से सहमत हैं: "यह सेवा प्रदान करने वाले पेशेवरों के पास मेरे साथ काम करने के लिए जरूरी कौशल है।"

	दृढ़ता से सहमत	सहमत	असहमत	दृढ़ता से असहमत	लागू नहीं
मानसिक स्वास्थ्य परामर्श	<input type="checkbox"/>				
वाणी / भाषा उपचार	<input type="checkbox"/>				
पेशे-संबंधी उपचार	<input type="checkbox"/>				
शारीरिक उपचार	<input type="checkbox"/>				
सामाजिक कौशल प्रशिक्षण	<input type="checkbox"/>				
व्यवहारपरक समर्थन	<input type="checkbox"/>				
एक-से-एक समर्थन (जैसे समर्थन समन्वयक, समुदाय समावेशन कर्मचारी, समुदाय समर्थन पेशेवर, निजी देखभाल कर्मी समर्थन)	<input type="checkbox"/>				
समर्थन समन्वयन	<input type="checkbox"/>				
प्रकरण प्रबंधन	<input type="checkbox"/>				
तंत्रिका विज्ञान सेवाएँ	<input type="checkbox"/>				
दवा प्रबंधन	<input type="checkbox"/>				
यौन स्वास्थ्य शिक्षा	<input type="checkbox"/>				
संबंधों पर परामर्श	<input type="checkbox"/>				
नशीली दवाओं और अल्कोहल पर परामर्श	<input type="checkbox"/>				
व्यावसायिक प्रशिक्षण	<input type="checkbox"/>				
संक्रमण योजना	<input type="checkbox"/>				
समर्थित रोज़गार	<input type="checkbox"/>				
कैरियर परामर्श	<input type="checkbox"/>				
प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल	<input type="checkbox"/>				
दाँतों की देखभाल	<input type="checkbox"/>				
लाभ परामर्श	<input type="checkbox"/>				

क्या आपने विशेषता स्वास्थ्य और शिक्षा सेवाएँ प्राप्त करने में किसी बाधा का अनुभव किया है?		
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	
अगर हाँ, तो इन विकल्पों में से क्या आपके लिए उन सेवाओं को प्राप्त करना मुश्किल बनाता है? <u>लागू होने वाले सभी चुनें!</u>		
<input type="checkbox"/> परिवहन	<input type="checkbox"/> प्रदाताओं पर्याप्त कर्मचारी नहीं हैं	
<input type="checkbox"/> शेड्यूलिंग की समस्याएँ	<input type="checkbox"/> प्रदाता क्षेत्र में स्वलीनता वाले लोगों की देखभाल नहीं करते	
<input type="checkbox"/> क्षेत्र में कोई सेवा प्रदाता नहीं है	<input type="checkbox"/> प्रदाता क्षेत्र में स्वलीनता वाले लोगों की देखभाल नहीं करते	
<input type="checkbox"/> क्षेत्र में पर्याप्त सेवा प्रदाता नहीं हैं	<input type="checkbox"/> अन्य _____	
<input type="checkbox"/> सेवाओं की लागत/मेरा बीमा उपलब्ध सेवाओं को कवर नहीं करता		
क्या आपके पास औपचारिक संप्रेषण प्रणाली है? (उदाहरण के लिए, चित्र विनिमय संप्रेषण प्रणाली (PECS), टेब्लेट, वाणी सृजन डिवाइस, या अन्य संवर्धित संचार प्रणाली)		
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> अन्य _____
अगर हाँ, तो कृपया आप इस संचार प्रणाली का इस्तेमाल कहाँ करते हैं। <u>लागू होने वाले सभी चुनें!</u>		
<input type="checkbox"/> होम	<input type="checkbox"/> स्कूल	<input type="checkbox"/> अन्य _____
<input type="checkbox"/> काम	<input type="checkbox"/> समुदाय में	
<b>अनुभाग 14</b>		
क्या आप अपनी लैंगिक पहचान के बारे में कुछ प्रश्नों के उत्तर देने में सहज महसूस करेंगे?		
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	
अगर हाँ, तो कृपया नीचे दिए गए प्रश्नों के उत्तर दें। अन्यथा, कृपया अनुभाग 15 पर जाएँ।		
जन्म के समय आपको कौन-सा सेक्स आबंटित किया गया था?		
<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> स्त्री	<input type="checkbox"/> इंटरसेक्स
		<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे
क्या आप अपनी पहचान ट्रांसजेंडर और/या गैर-अनुरूप लिंग के रूप में करते हैं?		
<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> उत्तर देना पसंद नहीं करेंगे

## अनुभाग 15

परिवहन के मामले में, आपका सामान्य रूप से वहां कैसे पहुंचता है जहां आपको जाने की जरूरत है?

**लागू होने वाले सभी चुनें!**

<input type="checkbox"/> निजी देखभाल में खुद ड्राइव करते हैं	<input type="checkbox"/> स्वयंसेवक ड्राइवर के साथ निजी कार में यात्री
<input type="checkbox"/> माता-पिता या परिवार के अन्य सदस्यों के साथ निजी कार में यात्री	<input type="checkbox"/> सार्वजनिक ट्रांजिट
<input type="checkbox"/> दोस्तों के साथ निजी कार में यात्री	<input type="checkbox"/> परिवहन दिन के प्रोग्राम द्वारा प्रदान किया जाता है
<input type="checkbox"/> देश, नगर पालिका या गैर-मुनाफ़ा संस्था द्वारा बस/वैन संचालित की जाती है	<input type="checkbox"/> परिवहन समूह होम द्वारा प्रदान किया जाता है
<input type="checkbox"/> टैक्सी या अन्य किराया का वाहन	<input type="checkbox"/> परिवहन स्कूल/शैक्षिक संस्था द्वारा प्रदान किया जाता है
<input type="checkbox"/> चलना	<input type="checkbox"/> साइकिल
<input type="checkbox"/> साइकिल	<input type="checkbox"/> साइकिल सवारी (Uber, Lyft)
	<input type="checkbox"/> साइकिल कार (जैसे ZipCar, एंटरप्राइज़ कार शेयर)
	<input type="checkbox"/> अन्य _____

आप परिवहन का इस्तेमाल किस प्रयोजन के लिए करते हैं? **लागू होने वाले सभी चुनें!**

<input type="checkbox"/> काम/रोज़गार	<input type="checkbox"/> परिवारों और दोस्तों के पास जाना
<input type="checkbox"/> शिक्षा, व्यावसायिक, या कार्य प्रशिक्षण	<input type="checkbox"/> खरीदारी/छोटे-मोटे दैनिक कार्य
<input type="checkbox"/> सामाजिक या मनोरंजक गतिविधियाँ	<input type="checkbox"/> जिम या स्वास्थ्य क्लब
<input type="checkbox"/> चिकित्सा और स्वास्थ्य-सेवा मुलाकात	<input type="checkbox"/> बस स्टॉप या रेलवे स्टेशन तक जाना
<input type="checkbox"/> धार्मिक गतिविधियाँ	<input type="checkbox"/> अन्य _____

चलते-फिरते समय आपको निम्नलिखित स्थितियों में से किससे परेशानी होती है? **लागू होने वाले सभी चुनें!**

<input type="checkbox"/> सड़क पार करना	<input type="checkbox"/> फुटपाथ पर बहुत सारे लोग होना
<input type="checkbox"/> दूरी और/या कार की गति का अनुमान लगाना	<input type="checkbox"/> बहुत ज़्यादा कारें या बहुत ज़्यादा यातायात
<input type="checkbox"/> फुटपाथ रहित क्षेत्रों में चलना (घास पर या सड़कों पर)	<input type="checkbox"/> दिशाएँ/मार्ग निर्धारित करने में मुश्किल
	<input type="checkbox"/> अन्य _____
<input type="checkbox"/> चलते समय दिशाओं का ध्यान रखना	<input type="checkbox"/> चलने में कोई मुश्किल नहीं है

निम्नलिखित में से क्या आपके लिए सार्वजनिक परिवहन की सवारी करना मुश्किल बनाता है?

**लागू होने वाले सभी चुनें!**

<input type="checkbox"/> मेरे क्षेत्र में उपलब्ध नहीं है	<input type="checkbox"/> सार्वजनिक परिवहन यात्रा की योजना बनाने में मुश्किल
<input type="checkbox"/> बिना सहायता के बस स्टॉप/रेलवे स्टेशन तक जाना मुश्किल है	<input type="checkbox"/> सार्वजनिक परिवहन सेवा भरोसेमंद नहीं है
<input type="checkbox"/> ट्रेन या बसों में चढ़ने/उतरने में मुश्किल है	<input type="checkbox"/> सार्वजनिक परिवहन में अपराध के बारे में चिंता है
<input type="checkbox"/> ज़रूरत होने पर सार्वजनिक परिवहन सेवा उपलब्ध नहीं होती	<input type="checkbox"/> बस/ट्रेन में सीट मिलने के बारे में चिंता होती है
<input type="checkbox"/> सार्वजनिक परिवहन वहाँ नहीं जाता जहाँ मुझे ज़रूरत है	<input type="checkbox"/> सार्वजनिक परिवहन के चालक के मैत्रीपूर्ण/सहायक होने के बारे में चिंता होती है

<input type="checkbox"/> बहुत ज़्यादा यात्रा स्थानांतरण की ज़रूरत होती है	<input type="checkbox"/> इस बारे में चिंता होती है कि सार्वजनिक परिवहन के यात्री आपके साथ कैसा व्यवहार करेंगे
<input type="checkbox"/> सार्वजनिक परिवहन बहुत ज्यादा खर्चीला है	<input type="checkbox"/> अन्य _____
<input type="checkbox"/> माता-पिता/अभिभावक नहीं चाहते कि मैं सार्वजनिक परिवहन का इस्तेमाल करूँ	<input type="checkbox"/> सार्वजनिक परिवहन के साथ कोई मुश्किल नहीं है

### अनुभाग 16

निम्नलिखित प्रश्न आपके संबंधों के कुछ भागों के बारे में है। आपको इनके साथ मेलमिलाप में कितनी बार परेशानी होती है...

	हमेशा	कभी-कभी	कभी नहीं	लागू नहीं
माता-पिता या अन्य देखभाल-कर्ता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आपके भाई और बहन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आपके विस्तारित परिवार के सदस्य (दादा-दादी, चाची, मामा, आदि।)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अन्य लोग, जो आपके घर आते हैं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### अनुभाग 17

क्या आप सहायता समूह या हिमायत समूह के भाग हैं?

हाँ  नहीं, लेकिन पहले था  नहीं, लेकिन होना चाहेंगे  नहीं

अगर हाँ, तो यह ऑनलाइन या व्यक्तिगत रूप से था?

ऑनलाइन  व्यक्तिगत रूप में  दोनों

अगर हाँ, तो आप इस समूह का हिस्सा क्यों हैं? लागू होने वाले सभी चुनें।

दोस्ती/समाजीकरण  जागरूकता बढ़ाना  हिमायती/अंतर लाता है

जानकारी ढूँढने के लिए  किसी ने मुझे इसकी सिफ़ारिश की है  अन्य \_\_\_\_\_

समान रुचियाँ/अनुभव

अगर नहीं, तो क्यों? लागू होने वाले सभी चुनें।

परिवहन  पर्याप्त समय नहीं है  बहिष्कृत महसूस करते हैं/फिट नहीं होते

मेरे क्षेत्र में कोई नहीं है/बहुत दूर है  आयु/रुचि के उपयुक्त नहीं है  खर्च/सदस्यता शुल्क लगता है

रुचि नहीं है  अन्य \_\_\_\_\_

**PA स्वलीनता आकलन पूरा करने के लिए धन्यवाद!**