

VALUTAZIONE ESIGENZE AUTISMO PA

Grazie per aver completato il sondaggio. Il termine autismo è usato per riferirsi al disturbo dello spettro autistico (ASD). Contrassegnare solo una risposta per ogni domanda, se non diversamente specificato. Contattare l'assistenza ASERT a info@paautism.org o al 1-877-231-4244, in caso di domande.

Sezione 1		
Quale categoria corrisponde meglio al suo sesso?		
<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Altro
Qual è la sua razza / etnia? <i>Scegliere tutte le risposte applicabili.</i>		
<input type="checkbox"/> Indiano americano o nativo dell'Alaska	<input type="checkbox"/> Nero o afroamericano	<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Indiano asiatico	<input type="checkbox"/> Cinese	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano
<input type="checkbox"/> Caucasico / Europeo Americano	<input type="checkbox"/> Filippino	<input type="checkbox"/> Vietnamita
	<input type="checkbox"/> Ispanico o Latino	<input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Giapponese	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere
Qual è il suo CAP di 5 cifre?		
In che anno e in che mese è nato/a il/la suo/sua bambino/a?		
Mese di nascita (MM)		Anno di nascita (YYYY)
Quale delle seguenti descrive meglio il suo stato civile attuale?		
<input type="checkbox"/> Sposato/a	<input type="checkbox"/> Mai sposato/a	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere
<input type="checkbox"/> Vedovo/a	<input type="checkbox"/> Separato/a / Divorziato/a	
Ha bambini?		
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No, non voglio avere bambini	
<input type="checkbox"/> No, ma ho in programma di averne	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere	
<input type="checkbox"/> No, indeciso/a sull'avere figli		
Quale dei seguenti di avvicina di più al suo reddito annuo da impiego?		
<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	
Ha animali domestici (incluso animali di servizio)?		
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
Ha parenti con autismo?		
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a
Se sì, a quali parenti è stato diagnosticato l'autismo? <i>Scegliere tutte le risposte applicabili.</i>		
<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Zia / Zio	<input type="checkbox"/> Figlio / Figlia
<input type="checkbox"/> Fratello / Sorella	<input type="checkbox"/> Cugino/a	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Nonni	<input type="checkbox"/> Nipote	
Sezione 2		
Rispetto a 12 mesi fa, direbbe che la sua salute generale è:		
<input type="checkbox"/> Migliore	<input type="checkbox"/> Peggiora	<input type="checkbox"/> Lo stesso
Spiegare la propria scelta:		
Quanto tempo è trascorso dall'ultima visita da un dentista? (Includere tutti i tipi di professionisti / specialisti del settore dentistico, come dentisti, chirurghi orali e igienisti dentali.)		
<input type="checkbox"/> Meno di 6 mesi fa	<input type="checkbox"/> Da 6 mesi a 1 anno fa	<input type="checkbox"/> Più di 1 anno fa
Quanto tempo è trascorso dall'ultima visita da un dottore per controlli di routine? (Un controllo di routine è un esame fisico generale, non un esame per una patologia, infortunio o condizione specifica.)		
<input type="checkbox"/> Meno di 6 mesi fa	<input type="checkbox"/> Da 6 mesi a 1 anno fa	<input type="checkbox"/> Più di 1 anno fa

Al momento le sono prescritti farmaci diversi della vitamine?

Sì No Non sono sicuro/a

Se sì, elencare i farmaci attualmente prescritti:

Sezione 3

Le è mai stato diagnosticato una delle seguenti? *Scegliere tutte le risposte applicabili.*

<input type="checkbox"/> Disturbi d'ansia	<input type="checkbox"/> Disabilità intellettiva (precedentemente nota come ritardo mentale)
<input type="checkbox"/> Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)	<input type="checkbox"/> Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)
<input type="checkbox"/> Disturbo bipolare	<input type="checkbox"/> Disturbo oppositivo provocatorio (DOP)
<input type="checkbox"/> Disturbi dell'elaborazione uditiva centrale (CAPD)	<input type="checkbox"/> Schizofrenia o altri disturbi psicotici
<input type="checkbox"/> Disturbo della condotta (DC)	<input type="checkbox"/> Convulsioni / Disturbi convulsivi / Epilessia
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Disordine dell'integrazione sensoriale
<input type="checkbox"/> Ritardo nello sviluppo	<input type="checkbox"/> Disturbo post-traumatico da stress (DPTS)
<input type="checkbox"/> Invalidità uditiva	<input type="checkbox"/> Disturbo da uso di sostanze
<input type="checkbox"/> Disposofobia	<input type="checkbox"/> Nessuno
<input type="checkbox"/> Difficoltà di apprendimento	<input type="checkbox"/> Altro _____

Quanti anni aveva quando le è stato diagnosticato l'autismo?

_____ anni Non sono sicuro/a

Sezione 4

È coperto/a da uno dei seguenti tipi di assicurazione sanitaria? *Scegliere tutte le risposte applicabili.*

<input type="checkbox"/> Assicurazione sanitaria privata che lei o un componente della famiglia riceve attraverso l'impiego	<input type="checkbox"/> Benefici del veterano o TRICARE
<input type="checkbox"/> Assicurazione sanitaria privata che lei o un componente della famiglia acquista (non attraverso l'impiego)	<input type="checkbox"/> Assicurazione dentistica
<input type="checkbox"/> Medicaid (Assistenza medica), CHIP o Medicare	<input type="checkbox"/> Assicurazione oculistica
	<input type="checkbox"/> Assicurazione che copre le prescrizioni mediche
	<input type="checkbox"/> Altro _____

È attualmente in Lista di attesa o Lista di interesse?

Lista di attesa per programmi per individui con disabilità intellettiva (P/FDS o Consolidated Waiver)

Lista di interesse per programmi attraverso l'Ufficio Servizi Autismo (BAS - Adult Autism Waiver o ACAP)

Entrambi

Nessuno

Non sono sicuro/a

Sta partecipando al momento a Waiver / Programmi di assistenza medica? *Assicurarsi di compilare entrambe le colonne.*

	Sono registrato a questo waiver		Vorrei maggiori informazioni su questo waiver	
	Sì	No	Sì	No
Adult Autism Waiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programma Autismo Comunità Adulto (ACAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consolidated Waiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P/FDS Waiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBRA Waiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione 5

Ha mai usato farmaci diversi da quelli richiesti per motivi medici (escluso vitamine)?

Sì No Preferisco non rispondere

Ha mai abusato di farmaci (prescritti o illegali)?

Sì No Preferisco non rispondere

Sezione 6

Nello scorso anno, è stata portata al pronto soccorso per motivi comportamentali o psichiatrici?

Sì, _____ volta(e) No Preferisco non rispondere

Nello scorso anno, è stato ricoverato in ospedale o altra struttura ospedaliera per motivi comportamentali o psichiatrici?

Sì, _____ volta(e) No Preferisco non rispondere

SE SI HA RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA SULL'ESSERE RICOVERATO IN UN OSPEDALE O ALTRA STRUTTURA OSPEDALIERA, RISPONDERE ALLE DOMANDE SEGUENTI BASANDOSI SUL RICOVERO PIÙ RECENTE. ALTRIMENTI, SALTARE ALLA SEZIONE 7.

Per quale/i motivo/i è stato ricoverato in ospedale o altra struttura ospedaliera?

Scegliere tutte le risposte applicabili.

<input type="checkbox"/> Aggressione	<input type="checkbox"/> Comportamenti auto-lesionistici
<input type="checkbox"/> Ansia	<input type="checkbox"/> Aumento significativo delle ossessioni
<input type="checkbox"/> Comportamenti oppositivi provocatori	<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a
<input type="checkbox"/> Correre via da casa / scuola	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere

Quanto è soddisfatto o insoddisfatto dei seguenti aspetti del ricovero in ospedale?

	Molto soddisfatto/a	Soddisfatto/a	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto
Qualità del trattamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pianificazione dimissioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Com'è stato ricoverato?

<input type="checkbox"/> Mi sono ricoverato da solo (201, trattamento volontario)	<input type="checkbox"/> Sono stato ricoverato contro la mia volontà (302, trattamento involontario)	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere
---	--	--

Quanto è durato il ricovero in ospedale o struttura ospedaliera simile?

Meno di 24 ore 24-48 ore 2+ giorni, indicare quanto tempo _____

Questo è stato il suo primo ricovero in ospedale o altra struttura ospedaliera per motivi comportamentali o psichiatrici?

Sì No Non sono sicuro/a

Scrivere ulteriori dettagli in merito al suo più recente ricovero in ospedale per motivi comportamentali o psichiatrici.

Area vuota per scrivere i dettagli del ricovero.

Sezione 7

Non ha mai avuto una delle seguenti interazioni con la polizia / sistema di giustizia? Scegliere tutte le risposte applicabili.

<input type="checkbox"/> Polizia chiamata	<input type="checkbox"/> Arrestato/a
<input type="checkbox"/> Fermato/a e interrogato/a dalla polizia per qualcosa di diverso dalla violazione del codice stradale	<input type="checkbox"/> Accusato/a di reato o crimine
<input type="checkbox"/> Avviso di Polizia emesso (ad eccezione dalla violazione del codice stradale)	<input type="checkbox"/> Essere stato/a in libertà vigilata o sulla parola
<input type="checkbox"/> Citazione emessa	<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Arrestato/a dalla polizia	<input type="checkbox"/> Nessuno
	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere

Si è mai stati vittima di un crimine?

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere
-----------------------------	-----------------------------	--

Se lo desidera, può condividere ulteriori informazioni sulla sua esperienza personale o come vittima di un crimine con la Polizia o altro sistema di giustizia.

Sezione 8

È attualmente impiegata? Includere solo posizioni pagate.

<input type="checkbox"/> Sì, impiegata full time (35 ore a settimana o più)	<input type="checkbox"/> No, ma al momento sto cercando un impiego
	<input type="checkbox"/> No, sono in pensione
<input type="checkbox"/> Sì, impiegato/a part-time (meno di 35 ore a settimana)	<input type="checkbox"/> No, non sono in pensione e non cerco lavoro

Se sì, che tipo di lavoro fa?

<input type="checkbox"/> Ufficio / Supporto amministrativo	<input type="checkbox"/> Preparazione cibo / servizio	<input type="checkbox"/> Produzione / manifattura
<input type="checkbox"/> Posizioni nelle vendite (incluso vendita al dettaglio)	<input type="checkbox"/> Trasporto / movimentazione materiali	<input type="checkbox"/> Altro _____

Se no, ha mai avuto un lavoro?

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere
-----------------------------	-----------------------------	--	--

A che età ha iniziato a lavorare?

Quale degli strumenti seguenti ha usato per cercare un impiego? Scegliere tutte le risposte applicabili.

<input type="checkbox"/> Consulente scolastico	<input type="checkbox"/> Connessione genitori / parenti	<input type="checkbox"/> Supporto impiego da un waiver o altro programma
<input type="checkbox"/> Ricerca su Internet	<input type="checkbox"/> Passaparola	
<input type="checkbox"/> Fiera del lavoro	<input type="checkbox"/> Ufficio di riabilitazione professionale (OVR)	<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Giornali		<input type="checkbox"/> N/D (Nessuna ricerca di impiego)

Completare le seguenti affermazioni in merito al processo di ricerca di lavoro.					
	Molto difficile	Difficile	Facile	Molto facile	
Trovare opportunità di impiego è...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compilare domande di impiego è...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Creare un curriculum è...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ottenere colloqui con potenziali datori di lavoro è...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Il colloquio è...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trovare mezzo di trasporto da/per il luogo del colloquio è...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Il seguito dopo il colloquio è...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indicare il suo livello di accordo con le seguenti affermazioni in merito al suo impiego.					
	Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Fortemente in disaccordo	N/D
Non ho problemi a lavorare in un ambiente di gruppo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non ho problemi a chiedere ai miei colleghi informazioni o aiuto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non ho problemi a chiedere a un superiore informazioni o aiuto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non ho problemi a chiedere a un superiore un congedo dal lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non ho problemi a chiedere a facilitazioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ci dica quanto è in accordo o in disaccordo con le affermazioni seguenti in merito al suo posto di lavoro attuale o più recente.					
	Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Fortemente in disaccordo	N/D
Le mie competenze sono sottoutilizzate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il mio stipendio è giusto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricevo facilitazioni / supporto per l'autismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le persone sul suo posto di lavoro sono a conoscenza del suo autismo?					
<input type="checkbox"/> Sì, lo sanno tutti		<input type="checkbox"/> Sì, ma solo i colleghi lo sanno		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sì, ma lo sa solo il mio supervisore				<input type="checkbox"/> N/D (Non sono attualmente impiegato/a)	

Se no, perché? Scegliere tutte le risposte applicabili.				
<input type="checkbox"/> Non so come dirlo			<input type="checkbox"/> Mi dispiace essere giudicato/a	
<input type="checkbox"/> Non voglio essere trattato/a in modo diverso			<input type="checkbox"/> Altro _____	
<input type="checkbox"/> Non ritengo sia necessario			<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere	
Sezione 9				
Qual è la sua situazione abitativa attuale?				
<input type="checkbox"/> Solo senza assistenza (in fitto o proprietà)		<input type="checkbox"/> In una struttura residenziale (incluso ospedale nazionale o centro nazionale)		
<input type="checkbox"/> Solo con assistenza (in fitto o proprietà)		<input type="checkbox"/> In una casa famiglia		
<input type="checkbox"/> Con un compagno / coniuge (in fitto o proprietà)		<input type="checkbox"/> Senzatetto		
<input type="checkbox"/> Con genitori o altri parenti		<input type="checkbox"/> Altro _____		
Da quanto tempo è nella situazione abitativa attuale?				
<input type="checkbox"/> Per tutta la vita	<input type="checkbox"/> Meno di 1 anno	<input type="checkbox"/> 1-2 anni	<input type="checkbox"/> 3-5 anni	<input type="checkbox"/> Più di 5 anni
Quanto è felice delle sue condizioni abitative attuali?				
<input type="checkbox"/> Molto felice	<input type="checkbox"/> Felice	<input type="checkbox"/> Infelice	<input type="checkbox"/> Molto infelice	
Quanto è difficile per lei gettare via le cose anche se non le usa?				
<input type="checkbox"/> Molto difficile	<input type="checkbox"/> Abbastanza difficile	<input type="checkbox"/> Per niente difficile		
Con che frequenza la confusione nella sua abitazione rende difficili le attività quotidiane? (Ad es. non trovare materiali o altri effetti personali o avere problemi a spostarsi nel proprio spazio.)				
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Spesso	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Mai	
Sezione 10				
Attualmente va a scuola?				
<input type="checkbox"/> Sì, Scuola Superiore		<input type="checkbox"/> Sì, scuola di specializzazione	<input type="checkbox"/> No, ma mi piacerebbe	
<input type="checkbox"/> Sì, college di due anni		<input type="checkbox"/> Sì, scuola professionale / tecnica	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sì, college di quattro anni			<input type="checkbox"/> Altro _____	
Se no, qual è il livello più alto di istruzione che ha completato?				
<input type="checkbox"/> Alcuni studi, ma non ho completato la scuola superiore	<input type="checkbox"/> Università		<input type="checkbox"/> Diploma professionale o dottorato oltre un diploma di Master (ad es. MD, DDS, DVM, PhD)	
	<input type="checkbox"/> Diploma di associato			
<input type="checkbox"/> Diploma di Scuola Superiore / GED	<input type="checkbox"/> Laurea di primo livello			
<input type="checkbox"/> Scuola professionale / tecnica	<input type="checkbox"/> Laurea specialistica			
SE VA ATTUALMENTE A SCUOLA, RISPONDA ALLE DOMANDE SEGUENTI. ALTRIMENTI, SALTARE ALLA SEZIONE 11.				
Qual è lo stato della sua frequenza scolastica?				
<input type="checkbox"/> Full-time		<input type="checkbox"/> Part-time	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a	
Frequenta le lezioni di persona oppure online?				
<input type="checkbox"/> Di persona		<input type="checkbox"/> Online	<input type="checkbox"/> Entrambe, lezioni di persona e online	
Indicare come le seguenti attività hanno aiutato a sviluppare amicizie.				
	Amicizie molto forti	Amicizie casuali	Nessuna amicizia	Non ho partecipato
Mentoring collega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppi o club di studenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontrando persone in classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontrando persone nel dormitorio o alloggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport di club e nell'università	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri eventi sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

È a conoscenza dell'assistenza e/o risorse per gli studenti con disabilità nella sua scuola?				
<input type="checkbox"/> Sì, ma non le uso	<input type="checkbox"/> Sì, e le uso	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a	
È stata identificata dalla sua scuola come bisognosa di assistenza (ad es. tutoring, alloggio speciale, counseling)?				
<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a
Ci parli delle sue esigenze formative. <u>Assicurarsi di compilare entrambe le colonne.</u>				
	Sta ricevendo questo servizio?		Ha bisogno di più di questo servizio?	
	Sì	No	Sì	No
Alloggio speciale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza nel fare i test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Counseling accademico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza nel prendere appunti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutoring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentoring collega / supporti sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quali sono i suoi progetti dopo il diploma? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>				
<input type="checkbox"/> Continuare a studiare (per una laurea)		<input type="checkbox"/> Volontario/a		
<input type="checkbox"/> Cercare un lavoro		<input type="checkbox"/> Non lo so		
<input type="checkbox"/> Prendersi del tempo libero (per viaggiare o altro)		<input type="checkbox"/> Altro _____		
Sezione 11				
Verificare i seguenti servizi di cui si è a conoscenza, in cui si è coinvolti o di cui si ha bisogno di maggiori informazioni. <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>				
	A conoscenza di	Coinvolto/a in	Bisogno di maggiori informazioni	N/D
Ufficio di riabilitazione professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benefit di previdenza sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altra assistenza governativa (buoni spesa, alloggio popolare ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sezione 12				
Nel corso dell'ultimo mese, quanti giorni a settimana in media ha trascorso con amici fuori da scuola o lavoro?				
<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"/> Preferisco non rispondere	
Nel corso degli ultimi 12 mesi, ha preso parte ad attività di gruppo, fuori da scuola, come gruppo giovanile o squadra sportiva?				
<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Non sono sicuro/a
Se sì, quanti dei gruppi cui ha preso parte includono solo persone con disabilità?				
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4+

Indicare se i seguenti problemi interferiscono o impediscono di partecipare alle attività della comunità, come sport, club, hobby o altre attività organizzate.					
	Sì	No	Non sono sicuro/a		
Problemi emotivi (ansia, depressione, paura ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemi comportamentali (aggressione, comportamenti auto-lesionistici ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemi fisici (accesso, mobilità ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Descrivere la propria soddisfazione con le seguenti relazioni.					
	Non ho, ma mi piacerebbe...	Ho, ma vorrei di più / meglio...	Sono soddisfatto/a con il mio...	N/D	Preferisco non rispondere
Amici con cui confidarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amici con cui socializzare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relazioni con i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relazioni con i fratelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relazioni con i suoi bambini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relazione con altra persona significativa (ad es. sposo, partner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conoscenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre relazioni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ci dica quanto spesso ciascuna delle seguenti affermazioni descrive come si sente.					
	Spesso	A volte	Raramente	Mai	Preferisco non rispondere
Non ho nessuno con cui parlare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I miei interessi ed idee non sono condivisi da coloro che mi circondano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È difficile per me farmi amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partecipa alle seguenti attività? Assicurarsi di compilare entrambe le colonne.

	Partecipo a questa attività		Se sì, indichi per quante ore a settimana partecipa.
	No	Sì	Ore
Lavoro volontario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gruppi, club od organizzazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività spirituali o religiose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esercizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sport organizzato o ricreativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hobby o interessi speciali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faccende domestiche / compiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attività sociali con amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre attività _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ci dica se ha partecipato negli ultimi 30 giorni alle seguenti attività e se queste attività sono importanti per lei. Assicurarsi di compilare entrambe le colonne.

	Fa questa attività?			È questa attività importante per lei?	
	Abbastanza	Non abbastanza	Troppo	È importante per me	Non è importante per me
Andare in biblioteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andare in palestra, club salute o esercizio, incluso piscina, o partecipare a un evento sportivo (incluso bowling, tennis, mini golf ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partecipare a un'organizzazione di autosupporto o gruppo/organizzazione di pressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partecipare a un gruppo sociale nella comunità (ad es. un club del libro, gruppo hobby, altro gruppo di persone con interessi simili)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partecipare ad attività civile o politiche o ad organizzazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione 13

Ci parli delle sue esigenze di servizio formativo e sanitario specialistico. Selezionare se si sta ricevendo il servizio o se si ha bisogno di più del servizio elencato. Assicurarsi di compilare entrambe le colonne.

	Sta ricevendo questo servizio?		Ha bisogno di più di questo servizio?	
	Sì	No	Sì	No
Consulenza di salute mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopedia / terapia del linguaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia occupazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addestramento alle abilità sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto comportamentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto individuale (ad es. coordinatori supporto, staff inclusione comunità, professionista supporto comunità, operatore cura personale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinamento supporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi neurologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educazione salute sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza rapporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza droghe e alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formazione professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pianificazione transizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impiego assistito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Counseling professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza sanitaria di base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cure odontoiatriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza sulle prestazioni garantite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ci dica se è d'accordo con le seguenti affermazioni relative ai seguenti servizi: "I professionisti che forniscono questo servizio hanno le capacità necessarie per lavorare con me."

	Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Fortemente in disaccordo	N/D
Consulenza di salute mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopedia / terapia del linguaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia occupazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addestramento alle abilità sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto comportamentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto individuale (ad es. coordinatori supporto, staff inclusione comunità, professionista supporto comunità, operatore cura personale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinamento supporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi neurologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educazione salute sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza rapporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza droghe e alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formazione professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pianificazione transizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impiego assistito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Counseling professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza sanitaria di base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cure odontoiatriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza sulle prestazioni garantite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha avuto ostacoli nell'ottenere servizi formativi e sanitari specialistici?			
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No		
Se sì, quali di queste scelte rendono più difficile per lei ottenere questi servizi? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>			
<input type="checkbox"/> Trasporto	<input type="checkbox"/> I fornitori non hanno abbastanza personale		
<input type="checkbox"/> Problemi di pianificazione	<input type="checkbox"/> I fornitori nell'area non vedranno persone con autismo		
<input type="checkbox"/> Nessun fornitore di servizio nell'area	<input type="checkbox"/> I fornitori nell'area non vedranno persone con diagnosi di salute mentale		
<input type="checkbox"/> Fornitori di servizio insufficienti nell'area	<input type="checkbox"/> Altro _____		
<input type="checkbox"/> Costo dei servizi / La mia assicurazione non copre i servizi disponibili			
Ha in essere un sistema di comunicazione formale? (Ad esempio, Sistema di Comunicazione mediante Scambio per Immagini (PECS), tablet, dispositivo che genera discorso o altro sistema di comunicazione accrescitiva.)			
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Altro _____	
Se sì, selezionare dove usa questo sistema di comunicazione. <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>			
<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Scuola	<input type="checkbox"/> Altro _____	
<input type="checkbox"/> Lavoro	<input type="checkbox"/> In comunità		
Sezione 14			
Si sente a suo agio a rispondere ad alcune domande sulla sua identità di genere?			
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No		
SE SÌ, RISPONDERE ALLE DOMANDE SEGUENTI. ALTRIMENTI, SALTARE ALLA SEZIONE 15.			
Che sesso le è stato assegnato alla nascita?			
<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Intersessualità	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere
Si identifica come transgender e / o di genere non conforme?			
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere	
Sezione 15			
In termini di trasporto, in che modo raggiunge solitamente il posto in cui deve andare? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>			
<input type="checkbox"/> Guida da solo/a in un'auto privata	<input type="checkbox"/> Passeggero in auto privata con autista volontario		
<input type="checkbox"/> Passeggero in auto privata con genitori o famiglia	<input type="checkbox"/> Trasporto pubblico		
<input type="checkbox"/> Passeggero in auto privata con amici	<input type="checkbox"/> Trasporto fornito da un programma giornaliero		
<input type="checkbox"/> Bus / furgone gestito da organizzazione nazionale, comunale o no-profit	<input type="checkbox"/> Trasporto fornito da una casa famiglia		
<input type="checkbox"/> Taxi o altro veicolo a noleggio	<input type="checkbox"/> Trasporto fornito da scuola / istituzione educativa		
<input type="checkbox"/> A piedi	<input type="checkbox"/> Ride Sharing (Uber, Lyft)		
<input type="checkbox"/> In bicicletta	<input type="checkbox"/> Car Sharing (Ad es. ZipCar, Enterprise Car Share)		
	<input type="checkbox"/> Altro _____		
Per quale scopo utilizza il trasporto? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>			
<input type="checkbox"/> Lavoro / Impiego	<input type="checkbox"/> Far visita a famiglia e amici		
<input type="checkbox"/> Istruzione, formazione professionale o al lavoro	<input type="checkbox"/> Shopping / Commissioni quotidiane		
<input type="checkbox"/> Attività sociali o ricreative	<input type="checkbox"/> Palestra o club benessere		
<input type="checkbox"/> Appuntamenti medici e sanitari	<input type="checkbox"/> Per andare alla fermata dell'autobus o alla stazione ferroviaria		
<input type="checkbox"/> Attività religiose	<input type="checkbox"/> Altro _____		

Quando cammina, con quale delle seguenti situazioni ha problemi? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>				
<input type="checkbox"/> Attraversare una strada	<input type="checkbox"/> Troppe persone sul marciapiede			
<input type="checkbox"/> Giudicare la distanza e/o velocità delle auto	<input type="checkbox"/> Troppe auto o troppo traffico			
<input type="checkbox"/> Camminare in aree senza marciapiedi (sull'erba o in strade)	<input type="checkbox"/> Difficoltà nel determinare direzioni/percorsi			
	<input type="checkbox"/> Altro _____			
<input type="checkbox"/> Affrontare distrazioni mentre si cammina	<input type="checkbox"/> Nessuna difficoltà nel camminare			
Quale delle seguenti situazioni rende difficile per lei utilizzare trasporto pubblico? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>				
<input type="checkbox"/> Non disponibile nella mia area	<input type="checkbox"/> Difficoltà ne pianificare un viaggio con trasporto pubblico			
<input type="checkbox"/> Difficoltà nel raggiunge la fermata dell'autobus / la stazione ferroviaria senza aiuto	<input type="checkbox"/> Servizio di trasporto pubblico non affidabile			
<input type="checkbox"/> Difficoltà nel salire / scendere da treni o autobus	<input type="checkbox"/> Preoccupato/a per la criminalità sui mezzi di trasporto pubblico			
<input type="checkbox"/> Servizio di trasporto pubblico non disponibile quandonecessario	<input type="checkbox"/> Preoccupato/a di trovare un posto a sedere su un autobus / treno			
<input type="checkbox"/> Il trasporto pubblico non va dove ho bisogno di andare	<input type="checkbox"/> Preoccupato/a della cordialità / disponibilità dell'autista del mezzo di trasporto pubblico			
<input type="checkbox"/> Troppi trasferimenti necessari	<input type="checkbox"/> Preoccupato/a di come gli altri passeggeri del trasporto pubblico la tratteranno			
<input type="checkbox"/> Trasporto pubblico costa troppo	<input type="checkbox"/> Altro _____			
<input type="checkbox"/> Genitori / tutori non vogliono che usi il trasporto pubblico	<input type="checkbox"/> Nessuna difficoltà con il trasporto pubblico			
Sezione 16				
La domanda seguente è relativa ad alcune parti delle sue relazioni. Quanto spesso ha difficoltà con...				
	Sempre	A volte	Mai	N/D
Genitore(i) o altro/i assistente(i)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suoi fratelli e sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membri della sua famiglia allargata (nonni, zie, zii ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri che visitano la sua casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sezione 17				
Fa parte di un gruppo di sostegno o gruppo di pressione?				
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No, ma dovrei	<input type="checkbox"/> No, ma mi piacerebbe	<input type="checkbox"/> No	
Se sì, online o di persona?				
<input type="checkbox"/> Online	<input type="checkbox"/> Di persona	<input type="checkbox"/> Entrambi		
Se sì, perché fa parte di questo gruppo? <u>Scegliere tutte le risposte applicabili.</u>				
<input type="checkbox"/> Amicizia / Socializzazione	<input type="checkbox"/> Crescita della consapevolezza	<input type="checkbox"/> Sostenere / Fare la differenza		
<input type="checkbox"/> Trovare informazioni	<input type="checkbox"/> Qualcuno me l'ha raccomandato	<input type="checkbox"/> Altro _____		
<input type="checkbox"/> Interessi / Esperienze simili				

Se no, perché? <i>Scegliere tutte le risposte applicabili.</i>		
<input type="checkbox"/> Trasporto	<input type="checkbox"/> Non abbastanza tempo	<input type="checkbox"/> Sentirsi escluso / Non rientrare
<input type="checkbox"/> Non nella mia area / troppo lontano	<input type="checkbox"/> Non età/interesse appropriato	<input type="checkbox"/> Costi / quota associativa
<input type="checkbox"/> Non interessato/a		<input type="checkbox"/> Altro _____

Grazie per aver completato la Valutazione esigenze autismo PA!