

# PA 자폐증 요구 평가

본 설문조사를 완료해주셔서 감사합니다. 본 설문에서 사용된 자폐증은 자폐 스펙트럼 장애(ASD)를 가리키는 용어입니다. 다른 지시사항이 없는 한, 한 질문에 하나의 답변만 선택해주시고. 궁금한 점이 있으시면 ASERT Collaborative에게 이메일(info@paautism.org) 또는 전화(1-877-231-4244)로 문의해주시고.

<b>제1항</b>		
귀하에게 가장 적합한 성별 범주는 어느 것입니까?		
<input type="checkbox"/> 남	<input type="checkbox"/> 여	<input type="checkbox"/> 기타 _____
귀하의 인종 / 민족성은 어떻게 됩니까? <u>해당되는 항목을 모두 선택하십시오.</u>		
<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인	<input type="checkbox"/> 한국인
<input type="checkbox"/> 아시아 인디언	<input type="checkbox"/> 중국인	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민
<input type="checkbox"/> 코카서스 백인 / 유럽계 미국인	<input type="checkbox"/> 필리핀인	<input type="checkbox"/> 베트남인
<input type="checkbox"/> 히스패닉계 또는 라틴아메리카계	<input type="checkbox"/> 기타 _____	<input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음
<input type="checkbox"/> 일본인		
귀하의 집 주소 5자리 우편번호는 어떻게 됩니까?		
귀하의 출생 년도와 출생 월은 어떻게 됩니까?		
출생 월(MM) _____	출생 년도(YYYY) _____	
귀하의 현재 혼인 여부를 가장 잘 설명한 항목은 다음 중 어느 것입니까?		
<input type="checkbox"/> 기혼	<input type="checkbox"/> 결혼한 경험 없음	<input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음
<input type="checkbox"/> 미망인 / 홀아비	<input type="checkbox"/> 별거 / 이혼	
자녀가 있으십니까?		
<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오, 자녀를 가질 생각이 없습니다	
<input type="checkbox"/> 아니오, 하지만 자녀를 가질 계획입니다	<input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음	
<input type="checkbox"/> 아니오, 자녀를 가질지 말지 아직 결정하지 못했습니다		
귀하의 연간고용소득과 가장 비슷한 금액대는 다음 중 어느 것입니까?		
<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	
애완동물(장애인 도우미 동물 포함)을 키우십니까?		
<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	
친인척 중에 자폐증을 앓는 사람이 있습니까?		
<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 잘 모르겠음
그렇다면, 어떤 친인척이 자폐증 진단을 받았습니까? <u>해당되는 항목을 모두 선택하십시오.</u>		
<input type="checkbox"/> 부모	<input type="checkbox"/> 고모, 이모,(외)숙모 / (외)삼촌/고모부/이모부	<input type="checkbox"/> 아들 / 딸
<input type="checkbox"/> 남자 형제 / 여자 형제	<input type="checkbox"/> 사촌	<input type="checkbox"/> 기타 _____
<input type="checkbox"/> 조부모	<input type="checkbox"/> 조카 딸 / 조카 아들	

## 제2항

12개월 전과 비교해서 귀하의 전반적인 건강 상태는 어떻습니까?

- 개선됨  악화됨 |  똑같음

선택한 이유를 설명해주시시오

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

- 6개월 미만 전  6개월 - 1년 전  1년 초과 전

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

- 6개월 미만 전  6개월 - 1년 전  1년 초과 전

귀하는 비타민 이외에 현재 처방 받은 약물이 있습니까?

- 예  아니오  잘 모르겠음

그렇다면, 귀하가 현재 처방 받은 약물 이름을 나열해주시시오.

## 제3항

귀하는 다음 질환을 진단받은 적이 있습니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

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

자폐증 진단을 받을 당시 귀하의 몇 살이었습니까?

- \_\_\_\_\_살  잘 모르겠음

## 제4항

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

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

귀하는 현재 대기자 명단 또는 관심자 명단에 이름이 올라 있습니까?

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





귀하가 일자리를 찾기 위해 사용한 수단은 다음 중 어느 것입니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |                                 |   |  |
|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 학교 상담사 | <input type="checkbox"/> 부모 / 친인척 인맥    | <input type="checkbox"/> 웨이버 또는 기타 프로그램의 고용 지원 |
| <input type="checkbox"/> 인터넷 검색 | <input type="checkbox"/> 입소문            | <input type="checkbox"/> 기타 _____              |
| <input type="checkbox"/> 취업 박람회 | <input type="checkbox"/> 직업재활청(OVR) 상담사 | <input type="checkbox"/> 해당 없음(구직 활동을 하지 않음)   |
| <input type="checkbox"/> 신문     |   |  |

구직 과정에 대한 다음 문장들을 완성해 주십시오.

	매우 어렵다	어렵다	쉽다	매우 쉽다
고용 기회를 찾기가...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
구인 공고를 찾기가...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자기소개서를 작성하기가...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
면접 기회를 얻기가...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
면접이...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
면접장까지 이동하는 교통편을 찾기가...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
면접 후 후속 조치를 취하기가...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하의 고용에 대한 다음 설명문에 어느 정도 동의하는지 답변해 주십시오.

	전적으로 동의함	동의함	반대함	전적으로 반대함	해당 없음
단체 근무 환경에 대해 편안함을 느낀다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
또래 동료에게 정보나 도움을 구하는 것에 편안함을 느낀다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
권위자에게 정보나 도움을 구하는 것에 편안함을 느낀다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
권위자에게 휴식을 요청하는 것에 편안함을 느낀다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
편의를 요청하는 것에 편안함을 느낀다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하의 현재 또는 가장 최근 직장에 대한 다음 설명문들에 어느 정도 동의하는지 답변해 주십시오.

	전적으로 동의함	동의함	반대함	전적으로 반대함	해당 없음
내 능력이 제대로 활용되고 있지 않다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
공정한 보수를 받고 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자폐증 환자를 위한 편의 / 지원을 받고 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

같은 직장 사람들이 귀하에게 자폐증이 있다는 사실을 알고 있습니까?

- 예, 모두 알고 있습니다                       예, 동년배 / 동료만 알고 있습니다                       아니오
- 예, 직장 상사만 알고 있습니다                       해당 없음(나는 현재 무직이다)

그렇지 않다면, 왜 모르니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- 어떻게 알려주어야 할지 모르겠다                       판단 받을까봐 두렵다
- 다르게 대우 받고 싶지 않다                       기타 \_\_\_\_\_
- 필요성을 못 느꼈다                       답변하고 싶지 않음

### 제9항

귀하의 현재 주거 상황은 어떻습니까?

- 지원 없이 독거(임대 또는 자가 주택)                       주거 시설(주립 병원 또는 주립 센터 포함)
- 지원을 받아 독거(임대 또는 자가 주택)                       그룹 홈에서
- 룸메이트 / 배우자와 동거(임대 또는 자가 주택)                       거주지가 일정치 않음
- 부모 또는 기타 친인척과 동거                       기타 \_\_\_\_\_

귀하는 현재의 주거 상황에서 생활한지 얼마나 되었습니까?

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

귀하는 현재의 주거 형태에 어느 정도 만족하십니까?

- 매우 만족                       만족                       불만족                       매우 불만족

귀하는 사용하지 않는 물건을 내다버리는 것을 얼마나 어려워하십니까?

- 매우 어렵하다                       다소 어렵하다                       전혀 어려워하지 않는다

집안이 어질러져 있어서 일상 활동에 방해 받는 일이 귀하에게 얼마나 자주 있습니까? (예를 들어, 물건이나 다른 소지품을 찾을 수 없거나 집안을 돌아다니기가 어려움.)

- 항상 있음                       대부분 있음                       가끔 있음                       전혀 없음

### 제10항

귀하는 현재 학교에 다니십니까?

- 예, 고등학교                       예, 대학원                       아니오, 하지만 다니고 싶습니다
- 예, 2년제 대학교                       예, 직업/기술 학교                       아니오
- 예, 4년제 대학교                       기타 \_\_\_\_\_

그렇지 않다면, 귀하의 최종 학력은?

- 어느 정도 정규 교육을 받음, 고등학교 졸업                       대학교 중퇴                       석사 학위 이상의 학위 또는 박사 학위 (예: MD, DDS, DVM, PhD)
- 고등학교 졸업 / GED(고졸 학력 인증)                       준학사 학위                       학사 학위
- 직업 / 기술 학교                       석사 학위

현재 재학 중이라면, 다음 질문에 답변해주십시오. 그렇지 않다면 제11항으로 건너 뛰십시오.

귀하의 현재 고용 상태는 어떻게 됩니까?

- 전일제                       시간제                       잘 모르겠음

귀하는 교실 출석 수업과 온라인 수업 중 어떤 수업을 수강하십니까?

- 교실 출석 수업                       온라인 수업                       교실 출석과 온라인 수업 둘 모두

다음 활동들이 귀하의 교우 관계에 어떤 도움이 되는지 답변해주세요.

	매우 돈독한 교우 관계	가벼운 교우 관계	교우 관계 없음	참여하지 않음
동년배 멘토링	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
학생 그룹 또는 클럽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
수업 시간에 사람들 만나기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기숙사 또는 주택에서 사람들 만나기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
소셜 미디어	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
교내 스포츠 클럽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타 사교 모임	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

장애 학생을 위한 교내 지원 및 / 또는 자원이 있다는 것을 알고 계십니까?  
 예, 알지만 사용하지 않음     예, 사용함     아니오     잘 모르겠음

학교에서 귀하를 편의 제공을 받아야 할 대상으로 인지하고 있습니까(예: 개인지도, 특별 주택, 상담)?  
 예     아니오     잘 모르겠음

귀하의 교육 요구에 대해 설명해주세요. 반드시 두 칸을 모두 작성해주세요.

	귀하는 이 서비스를 받고 있습니까?		이 서비스가 더 필요하십니까?	
	예	아니오	예	아니오
특별 주택	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시험 응시 지원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
학업 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
필기 지원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
개인지도	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
동년배 멘토링 / 사회적 지원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하의 졸업 후 계획은 무엇입니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.  
 학업을 계속한다(학위 취득을 위해)     자원봉사  
 구직     모르겠음  
 휴식 시간 갖기(여행 등)     기타 \_\_\_\_\_

### 제11항

다음 서비스들이 아는 서비스, 참여하는 서비스, 관련 정보가 더 필요한 서비스 중 어느 항목에 해당하는지 표시해주세요. 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

	아는 서비스	참여하는 서비스	관련 정보가 더 필요한 서비스	해당 없음
직업재활청	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
사회 보장 혜택	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타 정부 지원(식권 지급, 주택 보조금 지원 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 제12항

지난 달 일주일에 대략 며칠을 친구들과 함께 방과 후 시간 또는 업무 외적 시간을 보냈습니까?

0일  1일  2일  3일  4일  5일  6일  7일  답변하고 싶지 않음

최근 12개월 내, 교외 그룹 활동(예: 청소년 단체 또는 지역사회 스포츠 팀)에 참여하셨습니다습니까?

예  아니오  잘 모르겠음

그렇다면, 귀하가 참여한 단체들 중에서 장애인만 참여하는 단체는 몇 개였습니까?

0개  1개  2개  3개  4개 이상

다음 문제로 인해 귀하가 지역사회 활동(예: 스포츠, 클럽, 취미 또는 기타 조직화된 활동)에 방해받거나 참여하지 못한 일이 있었는지 답변해주시시오.

	예	아니오	잘 모르겠음
정서적 도전(불안, 우울, 두려움 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
행동적 도전(공격성, 자해 행위 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
신체적 도전(접근성, 이동성 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

다음 관계에 대한 귀하의 만족도를 평가해주시시오.

	나에게 없지만, ...을(를) 좋아한다	나에게 있지만 ...을 더 좋아한다	나는 내...에 만족한다	해당 없음	답변하고 싶지 않음
속마음을 털어놓을 친구	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
사귀고 싶은 친구	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
부모와의 관계	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
형제자매와의 관계	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자녀와의 관계	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
다른 중요한 사람과의 관계(예: 배우자, 파트너)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
지인	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타 관계 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하는 다음 각 설명문에 해당하는 기분을 얼마나 자주 느끼십니까?

	자주 느낀다	가끔 느낀다	거의 느끼지 않는다	전혀 느끼지 않는다	답변하고 싶지 않음
대화 상대가 없다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
내 관심사와 생각을 주변 사람들과 공유하지 못한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
친구를 사귀기가 어렵다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



귀하는 다음 활동들에 참여하십니까? 반드시 두 칸을 모두 작성해주시시오.

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

최근 30일 내에 다음 활동에 원하는 만큼 참여하셨는지, 이 활동들이 귀하에게 중요한 활동인지 답변해주시시오. 반드시 두 칸을 모두 작성해주시시오.

	귀하는 이 활동을 하고 계십니까?			이 활동이 귀하에게 중요합니까?	
	충분하다	충분하지 않다	너무 많다	내게 중요한 활동이다	내게 중요하지 않은 활동이다
도서관에 간다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
체육관, 헬스 클럽(수영장 포함)에 가거나 스포츠 모임(볼링, 테니스, 미니어처 골프 포함)에 참여한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자율 운영 옹호 조직 또는 옹호 단체 / 조직에 간다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
지역사회 내 사교 모임에 간다(예를 들어, 독서 클럽, 취미 그룹, 유사한 관심사를 가진 사람들의 기타 모임)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시민 또는 정치 활동이나 단체에 가거나 참여한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 제13항

귀하의 특수 건강 및 교육 서비스 요구에 대해 답변해주시시오. 해당 서비스를 받고 있는지, 나열된 서비스를 더 많이 받아야 하는지 여부를 답변해주시시오. 반드시 두 칸을 모두 작성해주시시오.

	귀하는 이 서비스를 받고 있습니까?		이 서비스를 더 많이 받아야 합니까?	
	예	아니오	예	아니오
정신 건강 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
언어 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
직업 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
물리 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
사회성 기술 훈련	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
행동 지원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
일대일 지원(예: 지원 조정자, 지역사회 포용 담당 직원, 지역사회 지원 전문인, 개인 간병인)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
지원 조정	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
사례 관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
신경학 서비스	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
약물 복용 관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
성 건강 교육	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
관계 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
약물 및 알코올 중독 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
직업 훈련	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
전환 계획	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
고용 지원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
경력 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1차 진료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
치과 진료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
혜택 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

다음 서비스에 관한 설명문에 동의하시는지 답변해주시시오. “이 서비스를 제공하는 전문가들이 나를 치료하는 데 필요한 기술을 갖추었습니다.”

	전적으로 동의함	동의함	반대함	전적으로 반대함	해당 없음
정신 건강 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
언어 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
직업 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
물리 치료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
사회성 기술 훈련	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
행동 지원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
일대일 지원(예: 지원 조정자, 지역사회 포용 담당 직원, 지역사회 지원 전문가, 개인 간병인)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
지원 조정	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
사례 관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
신경학 서비스	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
약물 복용 관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
성 건강 교육	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
관계 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
약물 및 알코올 중독 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
직업 훈련	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
전환 계획	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
고용 지원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
경력 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1차 진료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
치과 진료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
혜택 상담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>특수 건강 및 교육 서비스를 받는 데 걸림돌이 있었습니까?</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<b>그렇다면, 아래 항목들 중 어느 것 때문에 서비스를 받기가 힘들었습니까? <u>해당되는 항목을 모두 선택하십시오.</u></b>	
<input type="checkbox"/> 교통편 <input type="checkbox"/> 일정 관리 문제 <input type="checkbox"/> 구역 내에 서비스 제공자가 없다 <input type="checkbox"/> 구역 내에 서비스 제공자가 충분하지 않다 <input type="checkbox"/> 서비스 비용 / 내가 가입한 보험으로 보장받을 수 있는 서비스가 없다	<input type="checkbox"/> 제공자의 직원 수가 충분하지 않다 <input type="checkbox"/> 구역 내에 자폐증 환자를 진료하는 제공자가 없다 <input type="checkbox"/> 구역 내에 정신 건강 진단 환자를 진료하는 제공자가 없다 <input type="checkbox"/> 기타 _____
<b>공식적인 커뮤니케이션 시스템을 갖추고 계십니까? (예를 들어, 사진 교환 커뮤니케이션 시스템(PECS), 태블릿, 언어 소통 기기, 또는 기타 보완 커뮤니케이션 시스템.)</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 기타 _____	
<b>그렇다면, 이 커뮤니케이션 시스템을 어디에서 사용하시는지 선택해주십시오. <u>해당되는 항목을 모두 선택하십시오.</u></b>	
<input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 직장	<input type="checkbox"/> 학교 <input type="checkbox"/> 지역사회 내 <input type="checkbox"/> 기타 _____
<b>제14항</b>	
<b>귀하에게 성 정체성에 대한 질문을 드려도 되겠습니까?</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<b>그렇다면, 아래 질문에 답변해주십시오. 그렇지 않다면, 제15항으로 건너 뛰십시오.</b>	
<b>귀하의 타고난 성별은 무엇입니까?</b> <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 중성 <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음	
<b>귀하는 본인의 성별을 트랜스젠더 및 / 또는 비관행적 성별로 인지하고 계십니까?</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음	
<b>제15항</b>	
<b>교통편의 측면에서 귀하는 목적지까지 보통 어떻게 이동하십니까? <u>해당되는 항목을 모두 선택하십시오.</u></b>	
<input type="checkbox"/> 자가용으로 자가 운전 <input type="checkbox"/> 부모 또는 가족과 자가용 동승 <input type="checkbox"/> 친구와 자가용 동승 <input type="checkbox"/> 국립, 시립 또는 비영리 단체에서 운영하는 버스 / 밴 <input type="checkbox"/> 택시 또는 기타 임대 차량 <input type="checkbox"/> 도보 이동 <input type="checkbox"/> 자전거	<input type="checkbox"/> 자원봉사자가 운전하는 자가용에 승객으로 탑승 <input type="checkbox"/> 대중 교통 이용 <input type="checkbox"/> 데이 프로그램이 제공하는 교통편 <input type="checkbox"/> 그룹 흥이 제공하는 교통편 <input type="checkbox"/> 학교 / 교육 기관이 제공하는 교통편 <input type="checkbox"/> 승차 공유(Uber, Lyft) <input type="checkbox"/> 차량 공유(예: ZipCar, Enterprise Car Share) <input type="checkbox"/> 기타 _____
<b>어떤 목적으로 교통편을 이용하십니까? <u>해당되는 항목을 모두 선택하십시오.</u></b>	
<input type="checkbox"/> 출퇴근 <input type="checkbox"/> 교육, 직업 훈련, 또는 업무 연수 <input type="checkbox"/> 사교 또는 레크리에이션 활동 <input type="checkbox"/> 병원 진료 예약 <input type="checkbox"/> 종교 활동	<input type="checkbox"/> 가족 및 친구 방문 <input type="checkbox"/> 쇼핑 / 일상적인 심부름 <input type="checkbox"/> 체육관 또는 헬스 클럽 <input type="checkbox"/> 버스 정류장 또는 기차역까지 이동 <input type="checkbox"/> 기타 _____

귀하는 걸어서 돌아다닐 때 다음 중 어떤 상황이 힘들게 느껴지십니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 길 건너기                      | <input type="checkbox"/> 인도에 사람이 너무 많이 다님     |
| <input type="checkbox"/> 자동차와의 안전 거리 및/또는 자동차 속도 재기 | <input type="checkbox"/> 차가 너무 많거나 교통이 너무 혼잡함 |
| <input type="checkbox"/> 인도가 없는 구역을 걷기(잔디밭 또는 거리)   | <input type="checkbox"/> 길 찾기가 어려움            |
|   | <input type="checkbox"/> 기타 _____             |
| <input type="checkbox"/> 걸을 때 주의집중을 방해하는 요소들을 처리하기  | <input type="checkbox"/> 보행 상의 어려움            |

귀하는 다음 중 어떤 이유로 대중 교통을 이용하기가 어렵습니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 구역 내에 대중 교통이 없음                    | <input type="checkbox"/> 대중 교통으로 이동하는 계획을 세우기 어려움          |
| <input type="checkbox"/> 혼자 힘으로 버스 정류장 / 기차역까지 이동하기가 어려움    | <input type="checkbox"/> 대중 교통 서비스는 신뢰할 수 없음               |
| <input type="checkbox"/> 기차 또는 버스 승하차의 어려움                  | <input type="checkbox"/> 대중 교통 범죄에 대한 우려                   |
| <input type="checkbox"/> 대중 교통 서비스를 필요할 때 이용할 수 없음          | <input type="checkbox"/> 버스 / 기차에서 앉을 자리가 없을 것에 대한 우려      |
| <input type="checkbox"/> 대중 교통으로 목적지까지 갈 수 없음               | <input type="checkbox"/> 대중 교통 운전자가 친절할지 / 도움을 줄지에 대한 우려   |
| <input type="checkbox"/> 환승 이용자가 너무 많음                      | <input type="checkbox"/> 다른 대중 교통 승객들로부터 어떤 대우를 받을지에 대한 우려 |
| <input type="checkbox"/> 대중 교통비가 너무 비쌌                      | <input type="checkbox"/> 기타 _____                          |
| <input type="checkbox"/> 부모 / 보호자가 내가 대중 교통을 이용하는 것을 원하지 않음 | <input type="checkbox"/> 대중 교통 이용에 어려움이 없음                 |

### 제16항

다음은 귀하가 맺고 있는 관계의 일부분에 대한 질문입니다. ...와(과) 사이 좋게 지내기 힘든 적이 얼마나 자주 있습니까?

	항상 있다	가끔 있다	전혀 없다	해당 없음
부모 또는 기타 양육자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
남자 형제와 여자 형제	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대가족(조부모, 고모/이모/(외)숙모, (외)삼촌/고모부/이모부 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타 가정 방문자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 제17항

귀하는 지원 단체 또는 옹호 단체에 가입하십니까?

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

그렇다면, 온라인 가입과 대면 가입 중 어떤 방법으로 가입하십니까?

- 온라인 가입                       대면 가입                       둘 모두 해당

그렇다면, 왜 이 단체에 가입하십니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 교우 관계 / 사회성 형성 | <input type="checkbox"/> 인지도 제고  | <input type="checkbox"/> 옹호한다 / 변화를 가져온다 |
| <input type="checkbox"/> 정보 찾기          | <input type="checkbox"/> 누군가의 추천 | <input type="checkbox"/> 기타 _____        |
| <input type="checkbox"/> 비슷한 관심사 / 경험   |                                  |  |

그렇지 않다면, 왜 가입하지 않으셨습니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 교통편                     | <input type="checkbox"/> 충분한 시간이 없다    | <input type="checkbox"/> 소외감을 느낀다 / 내게 맞지 않다 |
| <input type="checkbox"/> 내가 사는 구역에 없다 / 너무 멀리 있다 | <input type="checkbox"/> 나이/관심사가 맞지 않다 | <input type="checkbox"/> 돈이 든다 / 가입비가 든다     |
| <input type="checkbox"/> 관심 없다                   |  | <input type="checkbox"/> 기타 _____            |

PA 자폐증 요구 평가를 완료해주셔서 감사합니다!