

## نسأل لأننا نهتم - We Ask Because We Care

نقوم بجمع معلومات اجتماعية من العملاء لكي نعرف من هم الذين نقوم بخدومتهم وما هي الاحتياجات الفريدة للعملاء. كما أننا سوف نستخدم تلك المعلومات لفهم خبرات العملاء وتأثير ذلك على صحتهم.

هل يجب أن أجيب على جميع الأسئلة؟

لا. الأسئلة هي اختيارية ويمكنك اختيار "أفضل عدم الإجابة" لأي من الأسئلة أو جميعها. وهذا لن يؤثر على الإطلاق على رعايتك الصحية.

من سيطلع على هذه المعلومات؟

ستكون هذه المعلومات مرئية لفريق الرعاية الصحية الخاص بك وهي محمية مثل جميع المعلومات الخاصة بصحتك.

وإذا تم استخدامها في مجالات بحثية، فإن هذه المعلومات سوف يتم دمجها مع بيانات من جميع العملاء الآخرين ولن يستطيع أي شخص التعرف على أي من العملاء.

1. ما هي اللغة التي تتراح أكثر في التحدث بها إلى موفر الرعاية الصحية لك؟ اختر واحدة فقط

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. الأمهرية              | <input type="checkbox"/> 9. الإنجليزية | <input type="checkbox"/> 17. الكورية    | <input type="checkbox"/> 25. الصومالية  | <input type="checkbox"/> 33. الأردنية         |
| <input type="checkbox"/> 2. العربية               | <input type="checkbox"/> 10. الفارسية  | <input type="checkbox"/> 18. النيبالية  | <input type="checkbox"/> 26. الإسبانية  | <input type="checkbox"/> 34. الفيتنامية       |
| <input type="checkbox"/> 3. لغة الإشارة الأمريكية | <input type="checkbox"/> 11. الفرنسية  | <input type="checkbox"/> 19. البولندية  | <input type="checkbox"/> 27. التجالوج   | <input type="checkbox"/> 35. غيرها            |
| <input type="checkbox"/> 4. البنغالية             | <input type="checkbox"/> 12. اليونانية | <input type="checkbox"/> 20. البرتغالية | <input type="checkbox"/> 28. التاميلية  | (رجاء التحديد):                               |
| <input type="checkbox"/> 5. الصينية (كانتونيز)    | <input type="checkbox"/> 13. الهندية   | <input type="checkbox"/> 21. البنجابية  | <input type="checkbox"/> 29. التغيرينية | _____   |
| <input type="checkbox"/> 6. الصينية (ماندرين)     | <input type="checkbox"/> 14. المجرية   | <input type="checkbox"/> 22. الروسية    | <input type="checkbox"/> 30. التركية    | <input type="checkbox"/> 98. لا أعلم          |
| <input type="checkbox"/> 7. التشيكية              | <input type="checkbox"/> 15. الإيطالية | <input type="checkbox"/> 23. الصربية    | <input type="checkbox"/> 31. لغة التوي  |   |
| <input type="checkbox"/> 8. الدارية               | <input type="checkbox"/> 16. الكارينية | <input type="checkbox"/> 24. السلوفاكية | <input type="checkbox"/> 32. الأوكرانية | <input type="checkbox"/> 99. أفضل عدم الإجابة |

2. هل وُلدت في كندا؟  1. نعم  2. لا  98. لا أعلم  99. أفضل عدم الإجابة

إذا كانت الإجابة لا، ما هي السنة التي قدمت فيها إلى كندا؟ \_\_\_\_\_

3. أي من الآتي يصف خلفيتك الإثنية أو العرقية؟ اختر واحدة فقط

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. آسيوي - شرق (على سبيل المثال: صيني، ياباني، كوري)            | <input type="checkbox"/> 11. أمريكا اللاتينية (على سبيل المثال: أرجنتيني، تشيلي، سلفادوري)    |
| <input type="checkbox"/> 2. آسيوي - جنوب (على سبيل المثال: هندي، باكستاني، سريلانكي)     | <input type="checkbox"/> 12. ميثيس  |
| <input type="checkbox"/> 3. آسيوي - جنوب شرقي (على سبيل المثال: ماليزي، فلبيني، فيتنامي) | <input type="checkbox"/> 13. شرق أوسطي (على سبيل المثال: مصري، إيراني، لبناني)                |
| <input type="checkbox"/> 4. أسود - إفريقي (على سبيل المثال: غاني، كيني، صومالي)          | <input type="checkbox"/> 14. أبيض - أوروبي (على سبيل المثال: إنجليزي، إيطالي، برتغالي، روسي)  |
| <input type="checkbox"/> 5. أسود - كاريبي (على سبيل المثال: بربادي، جامايكان)            | <input type="checkbox"/> 15. أبيض - شمال أمريكي (على سبيل المثال: كندي، أمريكي)               |
| <input type="checkbox"/> 6. أسود - شمال أمريكي (على سبيل المثال: كندي، أمريكي)           | <input type="checkbox"/> 16. إثنية مختلطة (على سبيل المثال: أسود إفريقي وأبيض من شمال أمريكا) |
| <input type="checkbox"/> 7. الأمم الأوائل  | رجاء التحديد: _____   |
| <input type="checkbox"/> 8. هندي - كاريبي (على سبيل المثال: غاينا بأصول من الهند)        | <input type="checkbox"/> 17. غيرها: رجاء التحديد _____  |
| <input type="checkbox"/> 9. السكان الأصليين، غير منكور في أي مكان آخر                    | <input type="checkbox"/> 98. لا أعلم  |
| <input type="checkbox"/> 10. إنويت   | <input type="checkbox"/> 99. أفضل عدم الإجابة   |

|  |   |
|--|---|
| 4. هل لديك أي مما يلي؟ ضع علامة على كل ما ينطبق.                   |   |
| <input type="checkbox"/> 1. مرض مزمن                               | <input type="checkbox"/> 9. لا شيء            |
| <input type="checkbox"/> 2. إعاقة نمو                              | <input type="checkbox"/> 98. لا أعلم          |
| <input type="checkbox"/> 3. اعتماد على المخدرات أو الخمر           | <input type="checkbox"/> 99. أفضل عدم الإجابة |
| <input type="checkbox"/> 4. إعاقة تعلم                             |   |
| <input type="checkbox"/> 5. مرض عقلي                               |   |
| <input type="checkbox"/> 6. إعاقة بدنية                            |   |
| <input type="checkbox"/> 7. إعاقة حسية (بمعنى: فقد السمع أو البصر) |   |
| <input type="checkbox"/> 8. أخرى (رجاء تحديد): _____               |   |

|   |  |
|---|--|
| 5. ما هو نوعك الجنسي؟ اختر واحدة فقط  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. أنثى  | <input type="checkbox"/> 7. أخرى (رجاء تحديد): _____ |
| <input type="checkbox"/> 2. ثنائي الجنس   | <input type="checkbox"/> 98. لا أعلم                 |
| <input type="checkbox"/> 3. ذكر   | <input type="checkbox"/> 99. أفضل عدم الإجابة        |
| <input type="checkbox"/> 4. مغايرة الجنس من أنثى إلى ذكر [Trans-Female to Male] |  |
| <input type="checkbox"/> 5. مغاير الجنس من ذكر إلى أنثى [Trans-Male to Female]  |  |
| <input type="checkbox"/> 6. ت و س د بريت [Two-spirit] (مصطلح خاص بالأمم الأولى) |  |

|   |  |
|---|--|
| 6. ما هو ميولك الجنسي؟ اختر واحدة فقط   |  |
| <input type="checkbox"/> 1. مزدوج/مزدوجة الميول الجنسية [Bisexual]                        | <input type="checkbox"/> 7. أخرى (رجاء تحديد): _____ |
| <input type="checkbox"/> 2. مثلي [Gay]  | <input type="checkbox"/> 98. لا أعلم                 |
| <input type="checkbox"/> 3. متغاير/متغايرة الجنس [Heterosexual]                           | <input type="checkbox"/> 99. أفضل عدم الإجابة        |
| <input type="checkbox"/> 4. مثلية [Lesbian]   |  |
| <input type="checkbox"/> 5. كوير [Queer] (مصطلح للأفراد الذين لا يتبعون ميول جنسية شائعة) |  |
| <input type="checkbox"/> 6. ت و س د بريت [Two-spirit] (مصطلح خاص بالأمم الأولى)           |  |

|  |   |
|--|---|
| 7. ما هو إجمالي دخل الأسرة قبل خصم الضرائب في العام الماضي؟ اختر واحدة فقط |   |
| <input type="checkbox"/> 1. 0\$ - 14,999\$                                 | <input type="checkbox"/> 6. 35,000\$ - 39,999\$ |
| <input type="checkbox"/> 2. 15,000\$ - 19,999\$                            | <input type="checkbox"/> 7. 40,000\$ - 59,999\$ |
| <input type="checkbox"/> 3. 20,000\$ - 24,999\$                            | <input type="checkbox"/> 8. 60,000\$ أو أكثر    |
| <input type="checkbox"/> 4. 25,000\$ - 29,999\$                            | <input type="checkbox"/> 98. لا أعلم            |
| <input type="checkbox"/> 5. 30,000\$ - 34,999\$                            | <input type="checkbox"/> 99. أفضل عدم الإجابة   |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 8. كم فرد يعوله هذا الدخل؟ |  |
| _____ شخص (أشخاص)          | <input type="checkbox"/> 98. لا أعلم <input type="checkbox"/> 99. أفضل عدم الإجابة |