

We Ask Because We Care - Ve lo chiediamo perché ci sta a cuore

Stiamo raccogliendo informazioni sociali dai clienti per individuare a chi prestiamo i nostri servizi e quali sono le esigenze singolari dei nostri clienti. Tali informazioni ci aiuteranno a comprendere esperienze ed esiti del cliente.

È necessario rispondere a tutte le domande?

No. Le risposte sono facoltative ed è possibile scegliere l'opzione "preferisco non rispondere" per una o tutte le domande. Ciò non avrà alcuna ripercussione sul suo trattamento.

Chi potrà accedere a queste informazioni?

Queste informazioni saranno accessibili esclusivamente al suo team di assistenza sanitaria e saranno protette esattamente come avviene con tutte le altre sue informazioni sanitarie. Nel caso in cui siano utilizzate ai fini della ricerca, queste informazioni saranno mescolate con i dati di tutti gli altri clienti e pertanto non sarà possibile identificare alcun cliente.

1. In che lingua si sente maggiormente a suo agio per comunicare con il suo professionista sanitario? Contrassegnarne solo **UNA**

<input type="checkbox"/> 1. Amarico	<input type="checkbox"/> 9. Inglese	<input type="checkbox"/> 17. Coreano	<input type="checkbox"/> 25. Somalo	<input type="checkbox"/> 33. Urdu
<input type="checkbox"/> 2. Arabo	<input type="checkbox"/> 10. Persiano (Farsi)	<input type="checkbox"/> 18. Nepalese	<input type="checkbox"/> 26. Spagnolo	<input type="checkbox"/> 34. Vietnamita
<input type="checkbox"/> 3. ASL (Lingua dei segni americana)	<input type="checkbox"/> 11. Francese	<input type="checkbox"/> 19. Polacco	<input type="checkbox"/> 27. Tagalog	<input type="checkbox"/> 35. Altro (si prega di specificare): _____
<input type="checkbox"/> 4. Bengalese	<input type="checkbox"/> 12. Greco	<input type="checkbox"/> 20. Portoghese	<input type="checkbox"/> 28. Tamil	
<input type="checkbox"/> 5. Cinese (cantonese)	<input type="checkbox"/> 13. Hindi	<input type="checkbox"/> 21. Punjabi	<input type="checkbox"/> 29. Tigrinya	<input type="checkbox"/> 98. Non so
<input type="checkbox"/> 6. Cinese (mandarino)	<input type="checkbox"/> 14. Ungherese	<input type="checkbox"/> 22. Russo	<input type="checkbox"/> 30. Turco	
<input type="checkbox"/> 7. Ceco	<input type="checkbox"/> 15. Italiano	<input type="checkbox"/> 23. Serbo	<input type="checkbox"/> 31. Twi	<input type="checkbox"/> 99. Preferisco non rispondere
<input type="checkbox"/> 8. Dari	<input type="checkbox"/> 16. Karen	<input type="checkbox"/> 24. Slovacco	<input type="checkbox"/> 32. Ucraino	

2. È nato in Canada? 1. Sì 2. No 98. Non so 99. Preferisco non rispondere

Se ha risposto **NO**, in che anno è arrivato in Canada? _____

3. Quale delle seguenti definizioni descrive meglio il gruppo razziale o etnico a cui appartiene? Contrassegnarne solo **UNO**

<input type="checkbox"/> 1. Asiatico orientale (per es. cinese, giapponese, coreano)	<input type="checkbox"/> 11. Latino americano (per es. argentino, cubano, salvadoregno)
<input type="checkbox"/> 2. Sud asiatico (per es. indiano, pachistano, abitante dello Sri Lanka)	<input type="checkbox"/> 12. Métis
<input type="checkbox"/> 3. Asiatico sudorientale (per es. malaysiano, filippino, vietnamita)	<input type="checkbox"/> 13. Mediorientale (per es. egiziano, iraniano, libanese)
<input type="checkbox"/> 4. Nero africano (per es. ghanese, keniota, somalo)	<input type="checkbox"/> 14. Bianco europeo (per es. inglese, italiano, portoghese, russo)
<input type="checkbox"/> 5. Nero caraibico (per es. nativo delle Barbados, giamaicano)	<input type="checkbox"/> 15. Bianco nordamericano (per es. canadese, americano)
<input type="checkbox"/> 6. Nero nordamericano (per es. canadese, americano)	<input type="checkbox"/> 16. Eredità mista (per es. nero africano e bianco nordamericano) Si prega di specificare: _____
<input type="checkbox"/> 7. Prime Nazioni	
<input type="checkbox"/> 8. Indo-caraibico (per es. abitante della Guyana con origini in India)	<input type="checkbox"/> 17. Altro/i: Si prega di specificare: _____
<input type="checkbox"/> 9. Indigeno/Aborigeno - <i>non incluso altrove</i>	<input type="checkbox"/> 98. Non so
<input type="checkbox"/> 10. Inuit	<input type="checkbox"/> 99. Preferisco non rispondere

4. È affetto da una delle seguenti? Selezionare TUTTE le risposte pertinenti

<input type="checkbox"/> 1. Malattia cronica	<input type="checkbox"/> 9. Nessuna
<input type="checkbox"/> 2. Disabilità dello sviluppo	<input type="checkbox"/> 98. Non so
<input type="checkbox"/> 3. Dipendenza da droghe o alcol	<input type="checkbox"/> 99. Preferisco non rispondere
<input type="checkbox"/> 4. Disabilità di apprendimento	
<input type="checkbox"/> 5. Malattia mentale	
<input type="checkbox"/> 6. Disabilità fisica	
<input type="checkbox"/> 7. Disabilità sensoriale (ovvero perdita dell'udito o della vista)	
<input type="checkbox"/> 8. Altro (si prega di specificare): _____	

5. Qual è il suo identità di genere? Contrassegnarne solo UNO

<input type="checkbox"/> 1. Donna	<input type="checkbox"/> 6. Due Spiriti [Two-Spirit] (termine usato dalla gente Aborigena)
<input type="checkbox"/> 2. Intersessuale	<input type="checkbox"/> 7. Altro (si prega di specificare): _____
<input type="checkbox"/> 3. Uomo	<input type="checkbox"/> 98. Non so
<input type="checkbox"/> 4. Trans-transizione da donna a uomo [Trans - Female to Male]	<input type="checkbox"/> 99. Preferisco non rispondere
<input type="checkbox"/> 5. Trans-transizione da uomo a donna [Trans - Male to Female]	

6. Qual è il suo orientamento sessuale? Contrassegnarne solo UNO

<input type="checkbox"/> 1. Bisessuale [Bisexual]	<input type="checkbox"/> 6. Due Spiriti [Two-Spirit] (termine usato dalla gente Aborigena)
<input type="checkbox"/> 2. Gay	<input type="checkbox"/> 7. Altro (si prega di specificare): _____
<input type="checkbox"/> 3. Eterosessuale [Heterosexual] ("etero")	<input type="checkbox"/> 98. Non so
<input type="checkbox"/> 4. Lesbica [Lesbian]	<input type="checkbox"/> 99. Preferisco non rispondere
<input type="checkbox"/> 5. Queer (un termine utilizzato dalla gente che non segue orientamenti sessuali comuni)	

7. Qual è stato il suo reddito familiare complessivo al lordo delle imposte l'anno scorso? Contrassegnarne solo UNO

<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 \$ o importo superiore
<input type="checkbox"/> 4. 25.000 \$ - 29.999 \$	<input type="checkbox"/> 98. Non so
<input type="checkbox"/> 5. 30.000 \$ - 34.999 \$	<input type="checkbox"/> 99. Preferisco non rispondere

8. Quante persone mantiene con questo reddito?

_____ persona/e 98. Non so 99. Preferisco non rispondere