

## We Ask Because We Care - Perguntamos porque nos interessamos

Estamos a recolher informação de natureza social dos clientes com a finalidade de sabermos a quem prestamos os nossos serviços e quais as necessidades próprias dos clientes. Usaremos também a referida informação a fim de entendermos quais as experiências e os resultados para os clientes.

### É necessário responder a todas as perguntas?

Não. As perguntas são voluntárias e pode 'optar por não responder' a algumas ou a todas as perguntas. Todavia, esta decisão não afetará os cuidados prestados.

### Quem terá acesso a esta informação?

Esta informação será apenas vista pela equipa de profissionais de saúde e estará protegida exatamente como qualquer informação referente à saúde.

Quando usada nos trabalhos de pesquisa, a referida informação será utilizada em conjunto com os dados de todos os outros clientes, não sendo possível identificar nenhum dos clientes.

<b>1. Qual é o idioma que fala mais à vontade com o seu profissional de saúde? Assinale apenas UMA opção.</b>				
<input type="checkbox"/> 1. Amárico	<input type="checkbox"/> 9. Inglês	<input type="checkbox"/> 17. Coreano	<input type="checkbox"/> 25. Somali	<input type="checkbox"/> 33. Urdu
<input type="checkbox"/> 2. Árabe	<input type="checkbox"/> 10. Farsi	<input type="checkbox"/> 18. Nepalês	<input type="checkbox"/> 26. Espanhol	<input type="checkbox"/> 34. Vietnamita
<input type="checkbox"/> 3. ASL (Linguagem Gestual Americana)	<input type="checkbox"/> 11. Francês	<input type="checkbox"/> 19. Polaco	<input type="checkbox"/> 27. Tagalo	<input type="checkbox"/> 35. Outra (indique qual): _____
<input type="checkbox"/> 4. Bengali	<input type="checkbox"/> 12. Grego	<input type="checkbox"/> 20. Português	<input type="checkbox"/> 28. Tâmil	
<input type="checkbox"/> 5. Chinês (cantonês)	<input type="checkbox"/> 13. Hindi	<input type="checkbox"/> 21. Punjabi	<input type="checkbox"/> 29. Tigrínia	
<input type="checkbox"/> 6. Chinês (mandarim)	<input type="checkbox"/> 14. Húngaro	<input type="checkbox"/> 22. Russo	<input type="checkbox"/> 30. Turco	<input type="checkbox"/> 98. Não sabe
<input type="checkbox"/> 7. Checo	<input type="checkbox"/> 15. Italiano	<input type="checkbox"/> 23. Sérvio	<input type="checkbox"/> 31. Twi	<input type="checkbox"/> 99. Prefere não responder
<input type="checkbox"/> 8. Dari	<input type="checkbox"/> 16. Karen	<input type="checkbox"/> 24. Eslovaco	<input type="checkbox"/> 32. Ucraniano	

<b>2. Nasceu no Canadá?</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 98. Não sabe <input type="checkbox"/> 99. Prefere não responder
Se respondeu <b>NÃO</b> , em que ano chegou ao Canadá? _____

<b>3. Das opções seguintes, qual é a que descreve melhor o seu grupo racial ou étnico? Assinale apenas UMA opção.</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Asiático oriental (p. ex.: chinês, japonês, coreano)	<input type="checkbox"/> 11. Latino-americano (p. ex.: argentino, chileno, salvadorenho)
<input type="checkbox"/> 2. Sul-asiático (p. ex.: indiano, paquistanês, cingalês)	<input type="checkbox"/> 12. Métis
<input type="checkbox"/> 3. Sudeste asiático (p. ex.: malaio, filipino, vietnamita)	<input type="checkbox"/> 13. Originário do Médio Oriente (p. ex.: egípcio, iraniano, libanês)
<input type="checkbox"/> 4. Negro africano (p. ex.: ganês, queniano, somali)	<input type="checkbox"/> 14. Europeu branco (p. ex.: inglês, italiano, português, russo)
<input type="checkbox"/> 5. Negro caribense (p. ex.: barbadense, jamaicano)	<input type="checkbox"/> 15. Norte-americano branco (p. ex.: canadiano, americano)
<input type="checkbox"/> 6. Negro norte-americano (p. ex.: canadiano, americano)	<input type="checkbox"/> 16. Descendência mista (p. ex.: negro africano e norte-americano branco) É favor indicar: _____
<input type="checkbox"/> 7. Primeiras Nações	<input type="checkbox"/> 17. Outro(s): É favor indicar: _____
<input type="checkbox"/> 8. Indo-caribense (p. ex.: guianês com origem na Índia)	<input type="checkbox"/> 98. Não sabe
<input type="checkbox"/> 9. Indígena/aborígene ( <i>não inserido em nenhum outro item desta lista</i> )	<input type="checkbox"/> 99. Prefere não responder
<input type="checkbox"/> 10. Inuíta	

**4. Está afetado por algum dos seguintes problemas?** Assinale **TODAS** as opções que se aplicarem.

<input type="checkbox"/> 1. Doença crónica	<input type="checkbox"/> 9. Nenhum
<input type="checkbox"/> 2. Incapacidade do desenvolvimento	<input type="checkbox"/> 98. Não sabe
<input type="checkbox"/> 3. Dependência do álcool ou da droga	<input type="checkbox"/> 99. Prefere não responder
<input type="checkbox"/> 4. Dificuldade de aprendizagem	
<input type="checkbox"/> 5. Doença mental	
<input type="checkbox"/> 6. Incapacidade física	
<input type="checkbox"/> 7. Deficiência sensorial (i.e. perda da visão ou audição)	
<input type="checkbox"/> 8. Outro (É favor indicar): _____	

**5. Qual é o seu género?** Assinale apenas **UMA** opção.

<input type="checkbox"/> 1. Feminino	<input type="checkbox"/> 6. Bi-espiritual [Two-Spirit] (Termo usado pela população aborígene)
<input type="checkbox"/> 2. Intersexual	<input type="checkbox"/> 7. Outro (É favor indicar): _____
<input type="checkbox"/> 3. Masculino	<input type="checkbox"/> 98. Não sabe
<input type="checkbox"/> 4. Pessoa transgénero (de mulher para homem) [Trans - Female to Male]	<input type="checkbox"/> 99. Prefere não responder
<input type="checkbox"/> 5. Pessoa transgénero (de homem para mulher) [Trans - Male to Female]	

**6. Qual é a sua orientação sexual?** Assinale apenas **UMA** opção.

<input type="checkbox"/> 1. Bissexual [Bisexual]	<input type="checkbox"/> 6. Bi-espiritual [Two-Spirit] (Termo usado pela população aborígene)
<input type="checkbox"/> 2. Homossexual [Gay]	<input type="checkbox"/> 7. Outra (É favor indicar): _____
<input type="checkbox"/> 3. Heterossexual [Heterossexual]	<input type="checkbox"/> 98. Não sabe
<input type="checkbox"/> 4. Lésbica [Lesbian]	<input type="checkbox"/> 99. Prefere não responder
<input type="checkbox"/> 5. Queer (Termo usado por pessoas que não seguem orientações sexuais comuns)	

**7. No ano passado, qual foi o seu rendimento familiar total antes dos impostos?** Assinale apenas **UMA** opção.

<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. Mais de \$60.000
<input type="checkbox"/> 4. \$25.000 – \$29.999	<input type="checkbox"/> 98. Não sabe
<input type="checkbox"/> 5. \$30.000 – \$34.999	<input type="checkbox"/> 99. Prefere não responder

**8. Quantas pessoas dependem desse rendimento?**

\_\_\_\_\_ pessoa(s)       98. Não sabe       99. Prefere não responder