

We Ask Because We Care - அக்கறை இருப்பதால் கேட்கிறோம்

நாங்கள் யாருக்கு சேவை செய்கிறோம் என்பதையும் எங்கள் நோயாளிகள் எத்தகைய சிறப்புத் தேவைகள் இருக்கின்றன என்பதையும் கண்டறிவதற்காக, நோயாளிகள் நாங்கள் சமூகம் சார்ந்த தகவல்களை சேகரிக்கிறோம். நோயாளிகள் அனுபவங்கள் மற்றும் விளைவுகளைப் புரிந்துகொள்ள நாங்கள் இந்த தகவலை உபயோகிப்போம்.

எல்லாக் கேள்விகளுக்கும் நான் பதிலளிக்க வேண்டுமா?

இல்லை. கேள்விகளுக்கு விரும்பினால் பதிலளிக்கலாம். எந்த ஒரு கேள்விக்கும் அல்லது எல்லாக் கேள்விகளுக்கும் 'பதிலளிக்க விரும்பவில்லை' என்பதை நீங்கள் தெரிவுசெய்யலாம். இது உங்களுக்கு வழங்கப்படும் பராமரிப்பைப் பாதிக்காது.

இந்தத் தகவலை யார் பார்வையிடுவர்?

இந்த தகவலை உங்கள் உடல்நல பராமரிப்புக் குழுவால் மட்டுமே பார்வையிட முடியும்.

ஆய்வுகளுக்காக உபயோகிக்கப்படுமானால், இந்தத் தகவல் ஏனைய அனைத்து நோயாளிகள் தரவுகளோடும் இணைக்கப்படும்; நோயாளிகள் எவரையுமே யாரும் அடையாளம் காண முடியாது.

1. உங்களுக்கு உடல்நலப் பராமரிப்பு வழங்குபவருடன் எந்த மொழியில் பேசுவது அதிக சௌகரியமானது? ஒன்றில் மட்டும் குறியிடவும்.

<input type="checkbox"/> 1. அம்ஹரிக்	<input type="checkbox"/> 9. ஆங்கிலம்	<input type="checkbox"/> 17. கொரியன்	<input type="checkbox"/> 25. சொமாலி	<input type="checkbox"/> 33. உருது
<input type="checkbox"/> 2. அரபிக்	<input type="checkbox"/> 10. ஃபார்சி	<input type="checkbox"/> 18. நேபாலி	<input type="checkbox"/> 26. ஸ்பானிஷ்	<input type="checkbox"/> 34. வியட்னாமீஸ்
<input type="checkbox"/> 3. ஏஎஸ்எஸ் [ASL]	<input type="checkbox"/> 11. பிரெஞ்ச்	<input type="checkbox"/> 19. போலிஷ்	<input type="checkbox"/> 27. டகாலோக்	<input type="checkbox"/> 35. வேறு (தயவுசெய்து குறிப்பிட்டுக் கூறவும்): _____
<input type="checkbox"/> 4. பெங்காலி	<input type="checkbox"/> 12. க்ரீக்	<input type="checkbox"/> 20. போத்துகீஸ்	<input type="checkbox"/> 28. தமிழ்	
<input type="checkbox"/> 5. சைனீஸ் (கன்டொனீஸ்)	<input type="checkbox"/> 13. ஹிந்தி	<input type="checkbox"/> 21. பஞ்சாபி	<input type="checkbox"/> 29. டிக்ரின்யா	
<input type="checkbox"/> 6. சைனீஸ் (மான்டரீன்)	<input type="checkbox"/> 14. ஹங்கேரியன்	<input type="checkbox"/> 22. ரஷ்யன்	<input type="checkbox"/> 30. துருக்கி	<input type="checkbox"/> 88. பதிலளிக்க விரும்பவில்லை
<input type="checkbox"/> 7. செக்	<input type="checkbox"/> 15. இத்தாலியன்	<input type="checkbox"/> 23. செர்பியன்	<input type="checkbox"/> 31. ட்வி	
<input type="checkbox"/> 8. டாரி	<input type="checkbox"/> 16. கேரன்	<input type="checkbox"/> 24. ஸ்லோவாக்	<input type="checkbox"/> 32. உக்ரேனியன்	<input type="checkbox"/> 99. தெரியாது

2. நீங்கள் கனடாவில் பிறந்தவரா? 1. ஆம் 2. இல்லை 88. பதிலளிக்க விரும்பவில்லை 99. தெரியாது
இல்லை என்றால், எந்த வருடத்தில் நீங்கள் கனடாவுக்கு வந்தீர்கள்? _____

3. பின்வருவனவற்றில் எது உங்கள் இனம் அல்லது இனக் குழுவை சரியாக விபரிக்கிறது? ஒன்றில் மட்டும் குறியிடவும்.	
<input type="checkbox"/> 1. கிழக்கு ஆசியர் (உதாரணம்: சைனீஸ், ஜப்பனீஸ், கொரியன்)	<input type="checkbox"/> 11. லத்தீன் அமெரிக்கர் (உதாரணம்: ஆர்ஜன்டீனியர், சிலியைச் சேர்ந்தவர், சல்வடோனர்)
<input type="checkbox"/> 2. தெற்கு ஆசியர் (உதாரணம்: இந்தியர், பாகிஸ்தானியர், இலங்கையர்)	<input type="checkbox"/> 12. மெட்டிஸ்
<input type="checkbox"/> 3. தென்கிழக்கு ஆசியர் (உதாரணம்: மலேசியர், பிலிப்பீனோ, வியட்நாமீஸ்)	<input type="checkbox"/> 13. மத்திய கிழக்கு நாட்டவர் (உதாரணம்: எகிப்தியர், ஈரானியர், லெபனானியர்)
<input type="checkbox"/> 4. கருப்பு-ஆப்பிரிக்கர் (உதாரணம்: கயானியர், கென்யர், சோமாலியர்)	<input type="checkbox"/> 14. வெள்ளை ஐரோப்பியர் (உதாரணம்: ஆங்கிலம், இத்தாலியர், போத்துக்கேயர், ரஷ்யாவைச் சேர்ந்தவர்)
<input type="checkbox"/> 5. கருப்பு-கரீபியன் (உதாரணம்: பார்பேடியன், ஜமேய்க்கன்)	<input type="checkbox"/> 15. வெள்ளை வட அமெரிக்கர் (உதாரணம்: கனேடியர், அமெரிக்கர்)
<input type="checkbox"/> 6. கருப்பு- வட அமெரிக்கர் (உதாரணம்: கனேடியர், அமெரிக்கர்)	<input type="checkbox"/> 16. கலப்புப் பிறப்புரிமையுள்ளோர் (உதாரணம்: கருப்பு ஆபிரிக்கர் மற்றும் வெள்ளை வட அமெரிக்கர்) தயவுசெய்து குறிப்பிட்டுக் கூறவும்: _____
<input type="checkbox"/> 7. ஆரம்ப குடியினர் (ஃபர்ஸ்ட் நேஷன்ஸ்)	
<input type="checkbox"/> 8. கரீபியன் இந்தியர் (உதாரணம்: இந்திய பூர்வீகத்தைக் கொண்ட கயானியர்)	<input type="checkbox"/> 17. வேறு: தயவுசெய்து குறிப்பிட்டுக் கூறவும்: _____
<input type="checkbox"/> 9. பூர்வீகர்/ பழங்குடியினர் - வேறெங்கும் உட்படுத்தப்படாதவர்	<input type="checkbox"/> 88. பதிலளிக்க விருப்பமில்லை
<input type="checkbox"/> 10. இனுவிட்	<input type="checkbox"/> 99. தெரியாது

4. உங்களுக்கு பின்வருவனவற்றில் ஏதாவது இருக்கின்றதா? பொருந்துகின்ற அனைத்திலும் குறியிடவும்	
<input type="checkbox"/> 1. நீண்டகால நோய்	<input type="checkbox"/> 9. எதுவும் இல்லை
<input type="checkbox"/> 2. வளர்ச்சிக் குறைபாடு	<input type="checkbox"/> 88. பதிலளிக்க விருப்பமில்லை
<input type="checkbox"/> 3. போதைப் பொருள் அல்லது மதுவில் தங்கும் நிலை	<input type="checkbox"/> 99. தெரியாது
<input type="checkbox"/> 4. கற்றல் ரீதியான வலுவீனம்	
<input type="checkbox"/> 5. மன நோய்	
<input type="checkbox"/> 6. உடல் ரீதியான வலுவீனம்	
<input type="checkbox"/> 7. புலன் சார்ந்த குறைபாடு (அதாவது செவிப்புலன் அல்லது பார்வை இழப்பு)	
<input type="checkbox"/> 8. வேறு (தயவுசெய்து குறிப்பிட்டுக் கூறவும்): _____	

5. உங்கள் பாலினம் என்ன? ஒன்றில் மட்டும் குறியிடவும்.

1. பெண்

6. வேறு (தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்): _____

2. இரு பால் உடலினர் (இன்டர்செக்ஸ்)

88. பதிலளிக்க விருப்பமில்லை

3. ஆண்

99. தெரியாது

4. பெண் ஆணாக அடையாளம் கொள்பவர் [Trans-Female to Male]

5. ஆண் பெண்ணாக அடையாளம் கொள்பவர் [Trans-Male to Female]

6. உங்கள் பாலுறவு ஈர்ப்பு என்ன? ஒன்றில் மட்டும் குறியிடவும்.

1. இருபால் பாலுறவினர் [Bisexual]

7. வேறு (தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்): _____

2. ஆண் ஒருபால் பாலுறவினர் [Gay]

88. பதிலளிக்க விருப்பமில்லை

3. எதிர்ப் பால் பாலுறவினர் [Heterosexual]

99. தெரியாது

4. பெண் ஒருபால் பாலுறவினர் [Lesbian]

5. குயீர் [Queer] (வினோத பாலுறவுச் சார்பினர்)

6. டூ-ஸ்பிரிட் [Two-Spirit] (சுதேசிய மக்களுக்குரிய ஒரு பதம்)

7. வரி கழிக்கப்படுவதற்கு முன்னான உங்கள் கடந்த வருட மொத்த குடும்ப வருமானம் எவ்வளவு? ஒன்றில் மட்டும் குறியிடவும்.

1. \$0 - \$29,999

88. பதிலளிக்க விருப்பமில்லை

2. \$30,000 – \$59,999

99. தெரியாது

3. \$60,000 – \$89,999

4. \$90,000 – \$119,999

5. \$120,000 – \$149,999

6. \$150,000 அல்லது அதற்கும் அதிகம்

8. இந்த வருமானம் எத்தனை நபர்களுக்கானது ?

_____ நபர்(கள்)

88. பதிலளிக்க விருப்பமில்லை

99. தெரியாது