

Питання задля оцінки справедливого надання послуг охорони здоров'я (МНЗ) дітям – опитування молоді та родичів/опікунів

Рекомендації щодо використання опитувальника:

- *Немає стандарту щодо того, коли слід проводити опитування осіб, які здійснюють догляд/сімей, а коли — опитування пацієнтів/молодих людей. Здатність дитини відповідати на запитання опитування може змінюватись залежно від ряду чинників. Кожна організація/програма має визначити вік, у якому опитувальник повинен заповнювати пацієнт (а не особа, яка здійснює догляд/сім'я), виходячи зі своєї популяції пацієнтів.*
- *Варіанти відповідей на кожне питання можна коригувати залежно від потреб організації та її популяції пацієнтів (наприклад, додавати або видаляти варіанти відповідей, змінювати порядок варіантів відповідей). Однак постарайтеся бути максимально послідовними щодо поточного набору питань та відповідей, щоб забезпечити можливість проведення порівняльного аналізу між організаціями та системного розгляду результатів.*

Опитування молоді			Опитування родичів/опікунів		
			1a) У яких відносинах Ви знаходитесь з дитиною, яку ви сьогодні привели?		
			<input type="checkbox"/> 1 Батько (наприклад, мати, батько, вітчим, названий батько) <input type="checkbox"/> 2 Бабуся/дідусь <input type="checkbox"/> 3 Родич (наприклад, тітка, дядько, брат чи сестра) <input type="checkbox"/> 88 Інше (будь ласка, вкажіть): _____ <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати		
1) Якою мовою Вам найзручніше розмовляти зі своїм лікарем? (позначте усі актуальні для вас варіанти)			1b) Якою мовою Вам найзручніше розмовляти з лікарем вашої дитини/пацієнта, за яким ви доглядаєте? (позначте усі актуальні для вас варіанти)		
<input type="checkbox"/> 1 Англійською* (державною мовою Канади) <input type="checkbox"/> 2 Французькою* (державною мовою Канади) <input type="checkbox"/> 3 Албанською <input type="checkbox"/> 4 Амхарською <input type="checkbox"/> 5 Арабською <input type="checkbox"/> 6 АМЖ (америка)	<input type="checkbox"/> 16 Гуджараті <input type="checkbox"/> 17 Хауса <input type="checkbox"/> 18 Івритом <input type="checkbox"/> 19 Гінді <input type="checkbox"/> 20 Угорською <input type="checkbox"/> 21 Італійською <input type="checkbox"/> 22 Каренською <input type="checkbox"/> 23 Корейською <input type="checkbox"/> 24 Мандаринською <input type="checkbox"/> 25 Непальською	<input type="checkbox"/> 35 Сомалійською <input type="checkbox"/> 36 Іспанською <input type="checkbox"/> 37 Суахілі <input type="checkbox"/> 38 Турецькою <input type="checkbox"/> 39 Тві <input type="checkbox"/> 40 Українською <input type="checkbox"/> 41 Тагальською <input type="checkbox"/> 42 Тамільською <input type="checkbox"/> 43 Тайською <input type="checkbox"/> 44 Тибетською <input type="checkbox"/> 45 Тигринья <input type="checkbox"/> 46 Тайшанською <input type="checkbox"/> 47 Урду <input type="checkbox"/> 48 В'єтнамською <input type="checkbox"/> 49 Іншою мовою (вкажіть, якою саме): _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	<input type="checkbox"/> 1 Англійською* (державною мовою Канади) <input type="checkbox"/> 2 Французькою* (державною мовою Канади) <input type="checkbox"/> 3 Албанською <input type="checkbox"/> 4 Амхарською <input type="checkbox"/> 5 Арабською <input type="checkbox"/> 6 АМЖ (америка)	<input type="checkbox"/> 16 Гуджараті <input type="checkbox"/> 17 Хауса <input type="checkbox"/> 18 Івритом <input type="checkbox"/> 19 Гінді <input type="checkbox"/> 20 Угорською <input type="checkbox"/> 21 Італійською <input type="checkbox"/> 22 Каренською <input type="checkbox"/> 23 Корейською <input type="checkbox"/> 24 Мандаринською <input type="checkbox"/> 25 Непальською <input type="checkbox"/> 26 Пушту	<input type="checkbox"/> 35 Сомалійською <input type="checkbox"/> 36 Іспанською <input type="checkbox"/> 37 Суахілі <input type="checkbox"/> 38 Турецькою <input type="checkbox"/> 39 Тві <input type="checkbox"/> 40 Українською <input type="checkbox"/> 41 Тагальською <input type="checkbox"/> 42 Тамільською <input type="checkbox"/> 43 Тайською <input type="checkbox"/> 44 Тибетською <input type="checkbox"/> 45 Тигринья <input type="checkbox"/> 46 Тайшанською <input type="checkbox"/> 47 Урду <input type="checkbox"/> 48 В'єтнамською <input type="checkbox"/> 49 Іншою мовою (вкажіть, якою саме): _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати

<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 Дарі <input type="checkbox"/> 15 Фарсі	<input type="checkbox"/> 26 Пушту <input type="checkbox"/> 27 Польською <input type="checkbox"/> 28 Португальською <input type="checkbox"/> 29 Панджабі <input type="checkbox"/> 30 Рогінджа <input type="checkbox"/> 31 Румунською <input type="checkbox"/> 32 Російською <input type="checkbox"/> 33 Сербською <input type="checkbox"/> 34 Словацькою		<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 Дарі <input type="checkbox"/> 15 Фарсі	<input type="checkbox"/> 27 Польською <input type="checkbox"/> 28 Португальською <input type="checkbox"/> 29 Панджабі <input type="checkbox"/> 30 Рогінджа <input type="checkbox"/> 31 Румунською <input type="checkbox"/> 32 Російською <input type="checkbox"/> 33 Сербською <input type="checkbox"/> 34 Словацькою	
---	---	--	---	--	--

1с) Якою мовою вашій дитині/пацієнту найзручніше розмовляти зі своїм лікарем? (позначте усі актуальні варіанти)

	<input type="checkbox"/> 1 Англійською* (державною мовою Канади) <input type="checkbox"/> 2 Французькою* (державною мовою Канади) <input type="checkbox"/> 3 Албанською <input type="checkbox"/> 4 Амхарською <input type="checkbox"/> 5 Арабською <input type="checkbox"/> 6 АМЖ (американською мовою жестів)	<input type="checkbox"/> 16 Гуджараті <input type="checkbox"/> 17 Хауса <input type="checkbox"/> 18 Івритом <input type="checkbox"/> 19 Гінді <input type="checkbox"/> 20 Угорською <input type="checkbox"/> 21 Італійською <input type="checkbox"/> 22 Каренською <input type="checkbox"/> 23 Корейською <input type="checkbox"/> 24 Мандаринською <input type="checkbox"/> 25 Непальською <input type="checkbox"/> 26 Пушту <input type="checkbox"/> 27 Польською	<input type="checkbox"/> 35 Сомалійською <input type="checkbox"/> 36 Іспанською <input type="checkbox"/> 37 Суахілі <input type="checkbox"/> 38 Турецькою <input type="checkbox"/> 39 Тві <input type="checkbox"/> 40 Українською <input type="checkbox"/> 41 Тагальською <input type="checkbox"/> 42 Тамільською <input type="checkbox"/> 43 Тайською <input type="checkbox"/> 44 Тібетською <input type="checkbox"/> 45 Тигринья <input type="checkbox"/> 46 Тайшанською <input type="checkbox"/> 47 Урду <input type="checkbox"/> 48 В'єтнамською <input type="checkbox"/> 49 Іншою мовою (вказіть, якою саме): _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати
--	---	--	--

	<input type="checkbox"/> 7 Бенгальською <input type="checkbox"/> 8 Болгарською <input type="checkbox"/> 9 Бірманською <input type="checkbox"/> 10 Грузинською <input type="checkbox"/> 11 Грецькою <input type="checkbox"/> 12 Кантонською <input type="checkbox"/> 13 Чеською <input type="checkbox"/> 14 Дарі <input type="checkbox"/> 15 Фарсі	<input type="checkbox"/> 28 Португальською <input type="checkbox"/> 29 Панджабі <input type="checkbox"/> 30 Рогінджа <input type="checkbox"/> 31 Румунською <input type="checkbox"/> 32 Російською <input type="checkbox"/> 33 Сербською <input type="checkbox"/> 34 Словацькою	
2) Ви народилися в Канаді?		2) Ви народилися в Канаді?	
<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні	<input type="checkbox"/> 3 Не знаю <input type="checkbox"/> 4 Волю не відповідати	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Волю не відповідати
2b) Якщо ні, то коли Ви прибули?		2b) Якщо ні, то коли Ви прибули?	
<input type="checkbox"/> 1 Менше 5 років тому <input type="checkbox"/> 2 5-9 років тому	<input type="checkbox"/> 3 10 років тому або більше <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати	<input type="checkbox"/> 1 Менше 5 років тому <input type="checkbox"/> 2 5-9 років тому	<input type="checkbox"/> 3 10 років тому або більше <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати
		2c) Ваша дитина/пацієнт народилися в Канаді?	
		<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати
		2d) Якщо ні, то коли вони прибули?	
		<input type="checkbox"/> 1 Менше 5 років тому <input type="checkbox"/> 2 5-9 років тому	<input type="checkbox"/> 3 10 років тому або більше <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати
3) Чи відносите Ви себе до корінних народів, метисів та/або інуїтів? (позначте усі актуальні варіанти). Це запитання стосується того, як Ви ідентифікуєте себе (незалежно від наявності чи відсутності відповідного офіційного статусу)		3a) Чи відносите Ви себе до корінних народів, метисів та/або інуїтів? (позначте усі актуальні варіанти). Це запитання стосується того, як Ви ідентифікуєте себе (незалежно від наявності чи відсутності відповідного офіційного статусу)	
<input type="checkbox"/> 1 Так, до корінних народів <input type="checkbox"/> 2 Так, до інуїтів <input type="checkbox"/> 3 Так, до метисів	<input type="checkbox"/> 4 Ні <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати	<input type="checkbox"/> 1 Так, до корінних народів <input type="checkbox"/> 2 Так, до інуїтів <input type="checkbox"/> 3 Так, до метисів	<input type="checkbox"/> 4 Ні <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати
		3b) Чи Ваша дитина/пацієнт відносить себе до корінних	

	народів, метисів та/або інуїтів? (позначте усі актуальні варіанти). Це запитання стосується того, як Ви ідентифікуєте себе (незалежно від наявності чи відсутності відповідного офіційного статусу)
	<input type="checkbox"/> 1 Так, до корінних народів <input type="checkbox"/> 2 Так, до інуїтів <input type="checkbox"/> 3 Так, до метисів <input type="checkbox"/> 4 Ні <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати
4) Хто Ви за етнічним чи культурним походженням? Наприклад: канадець, китаєць, уродженець Східної Індії, англієць, філіппінець, француз, німець, ірландець, італієць, ямаєць, єврей, поляк, португалець, шотландець та ін.	4а) Хто Ви за етнічним чи культурним походженням? Наприклад: канадець, китаєць, уродженець Східної Індії, англієць, філіппінець, француз, німець, ірландець, італієць, ямаєць, єврей, поляк, португалець, шотландець та ін.
<input type="checkbox"/> 1 Вкажіть _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати	<input type="checkbox"/> 1 Вкажіть _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати
	4б) Хто Ваша дитина/пацієнт за етнічним чи культурним походженням? Наприклад: канадець, китаєць, уродженець Східної Індії, англієць, філіппінець, француз, німець, ірландець, італієць, ямаєць, єврей, поляк, португалець, шотландець та ін.
	<input type="checkbox"/> 1 Вкажіть _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати
5) Що з наведеного нижче найкраще описує Вашу расову групу? (позначте усі актуальні варіанти, наприклад, якщо Ви є представником кількох рас або змішаної раси)	5а) Що з наведеного нижче найкраще описує Вашу расову групу? (позначте усі актуальні варіанти, наприклад, якщо Ви є представником кількох рас або змішаної раси)
<input type="checkbox"/> 1 Араб, уродженець Близького Сходу або Західної Азії (наприклад, афганець, єгиптянин, іранець, лівієць, перс, турок, курд та ін.) <input type="checkbox"/> 2 Темношкірий (наприклад, африканець, афро-канадець, афро-карибець, афро-єгиптянин та ін.) <input type="checkbox"/> 3 Уродженець Східної Азії (наприклад, китаєць, кореєць, японець, тайванець та ін.) <input type="checkbox"/> 4 Латиноамериканець (іспанського або латиноамериканського походження) <input type="checkbox"/> 5 Уродженець Південної Азії (наприклад, бангладешець, індієць, індо-карибець, пакистанець, шріланкієць та ін.) <input type="checkbox"/> 6 Уродженець Південно-Східної Азії (наприклад, філіппінець, в'єтнамець, камбоджієць, тайванець, індонезієць та ін.) <input type="checkbox"/> 7 Світлошкірий (наприклад, європейського походження) <input type="checkbox"/> 8 Інша раса/етнічна група (вкажіть, яка саме): _____ <input type="checkbox"/> 9 Не застосовується (наприклад, представник корінних народів, як вказано у відповіді на запитання № 3)	<input type="checkbox"/> 1 Араб, уродженець Близького Сходу або Західної Азії (наприклад, афганець, єгиптянин, іранець, лівієць, перс, турок, курд та ін.) <input type="checkbox"/> 2 Темношкірий (наприклад, африканець, афро-канадець, афро-карибець, афро-єгиптянин та ін.) <input type="checkbox"/> 3 Уродженець Східної Азії (наприклад, китаєць, кореєць, японець, тайванець та ін.) <input type="checkbox"/> 4 Латиноамериканець (іспанського або латиноамериканського походження) <input type="checkbox"/> 5 Уродженець Південної Азії (наприклад, бангладешець, індієць, індо-карибець, пакистанець, шріланкієць та ін.) <input type="checkbox"/> 6 Уродженець Південно-Східної Азії (наприклад, філіппінець, в'єтнамець, камбоджієць, тайванець, індонезієць та ін.) <input type="checkbox"/> 7 Світлошкірий (наприклад, європейського походження) <input type="checkbox"/> 8 Інша раса/етнічна група (вкажіть, яка саме): _____ <input type="checkbox"/> 9 Не застосовується (наприклад, представник корінних народів, як вказано у відповіді на запитання № 3)

<input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати
	<p>5b) Що з наведеного нижче найкраще описує расову групу Вашої дитини/пацієнта? (позначте усі актуальні варіанти, наприклад, якщо Ви є представником кількох рас або змішаної раси)</p>
	<input type="checkbox"/> 1 Араб, уродженець Близького Сходу або Західної Азії (наприклад, афганець, єгиптянин, іранець, лівієць, перс, турок, курд та ін.) <input type="checkbox"/> 2 Темношкірий (наприклад, африканець, афро-канадець, афро-карибець, афро-єгиптянин та ін.) <input type="checkbox"/> 3 Уродженець Східної Азії (наприклад, китаєць, кореець, японець, тайванець та ін.) <input type="checkbox"/> 4 Латиноамериканець (іспанського або латиноамериканського походження) <input type="checkbox"/> 5 Уродженець Південної Азії (наприклад, бангладешець, індієць, індо-карибець, пакистанець, шріланкієць та ін.) <input type="checkbox"/> 6 Уродженець Південно-Східної Азії (наприклад, філіппінець, в'єтнамець, камбоджієць, тайванець, індонезієць та ін.) <input type="checkbox"/> 7 Світлошкірий (наприклад, європейського походження) <input type="checkbox"/> 8 Інша раса/етнічна група (вказіть, яка саме): <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> <input type="checkbox"/> 9 Не застосовується (наприклад, представник корінних народів, як вказано у відповіді на запитання № 3) <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати
<p>6a) Чи вважаєте Ви себе людиною з інвалідністю? (наприклад, через психічний розлад, інвалідність внаслідок фізичних порушень, порушення сприйняття за допомогою органів чуття, хронічні захворювання)</p>	<p>6a) Чи вважаєте Ви себе людиною з інвалідністю? (наприклад, через психічний розлад, інвалідність внаслідок фізичних порушень, порушення сприйняття за допомогою органів чуття, хронічні захворювання)</p>
<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Якщо бажаєте, уточніть _____ <input type="checkbox"/> 3 Ні <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Якщо бажаєте, уточніть _____ <input type="checkbox"/> 3 Ні <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати
<p>6b) Чи була б Вам корисною допомога, пов'язана з будь-яким з перерахованих нижче станів? (позначте усі актуальні варіанти)</p>	<p>6b) Чи була б Вам корисною допомога, пов'язана з будь-яким з перерахованих нижче станів? (позначте усі актуальні варіанти)</p>
<input type="checkbox"/> 1 Розлад спектру аутизму <input type="checkbox"/> 2 Хронічне захворювання (наприклад, серповидно-клітинна хвороба, цукровий діабет та ін.) <input type="checkbox"/> 3 Порушення когнітивних функцій <input type="checkbox"/> 4 Інвалідність як наслідок вад розвитку <input type="checkbox"/> 5 Наркотична або алкогольна залежність <input type="checkbox"/> 6 Нездатність до навчання <input type="checkbox"/> 7 Психічне захворювання <input type="checkbox"/> 8 Інвалідність внаслідок фізичних порушень <input type="checkbox"/> 9 Порушення сприйняття за допомогою органів чуття (наприклад, слабозорість, сліпота, глухота,	<input type="checkbox"/> 1 Хвороба Альцгеймера <input type="checkbox"/> 2 Деменція <input type="checkbox"/> 3 Розлад спектру аутизму <input type="checkbox"/> 4 Хронічне захворювання (наприклад, серповидно-клітинна хвороба, цукровий діабет та ін.) <input type="checkbox"/> 5 Порушення когнітивних функцій <input type="checkbox"/> 6 Інвалідність як наслідок вад розвитку <input type="checkbox"/> 7 Наркотична або алкогольна залежність <input type="checkbox"/> 8 Нездатність до навчання <input type="checkbox"/> 9 Психічне захворювання <input type="checkbox"/> 10 Інвалідність внаслідок фізичних порушень

<p>приглухуватість та ін.)</p> <p><input type="checkbox"/> 10 Інше (уточніть)_____</p> <p><input type="checkbox"/> 11 Нічого з переліченого</p> <p><input type="checkbox"/> 88 Не знаю</p> <p><input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати</p>	<p><input type="checkbox"/> 11 Порушення сприйняття за допомогою органів чуття (наприклад, слабозорість, сліпота, глухота, приглухуватість та ін.)</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Інше (уточніть)_____</p> <p><input type="checkbox"/> 13 Нічого з переліченого</p> <p><input type="checkbox"/> 88 Не знаю</p> <p><input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати</p>				
	<p>бс) Чи Ваша дитина/пацієнт вважає себе людиною з інвалідністю? (наприклад, через психічний розлад, інвалідність внаслідок фізичних порушень, порушення сприйняття за допомогою органів чуття, хронічні захворювання)</p>				
	<p><input type="checkbox"/> 1 Так</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Якщо бажаєте, уточніть_____</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ні</p> <p><input type="checkbox"/> 88 Не знаю</p> <p><input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати</p>				
	<p>бd) Чи була б Вашій дитині/пацієнту корисною допомога, пов'язана з будь-яким з перерахованих нижче станів? (позначте усі актуальні варіанти)</p>				
	<p><input type="checkbox"/> 1 Розлад спектру аутизму</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Хронічне захворювання (наприклад, серповидно-клітинна хвороба, цукровий діабет та ін.)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Порушення когнітивних функцій</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Інвалідність як наслідок вад розвитку</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Наркотична або алкогольна залежність</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Нездатність до навчання</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Психічне захворювання</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Інвалідність внаслідок фізичних порушень</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Порушення сприйняття за допомогою органів чуття (наприклад, слабозорість, сліпота, глухота, приглухуватість та ін.)</p> <p><input type="checkbox"/> 10 Інше (уточніть)_____</p> <p><input type="checkbox"/> 11 Нічого з переліченого</p> <p><input type="checkbox"/> 88 Не знаю</p> <p><input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати</p>				
<p>7) Яка стать була у Вас визначена при народженні? (позначте один з варіантів)</p>	<p>7) Яка стать була визначена у Вашої дитини/пацієнта при народженні? (позначте один з варіантів)</p>				
<p><input type="checkbox"/> 1 Чоловіча</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Жіноча</p>	<p><input type="checkbox"/> 3 Інтерсекс-особа</p> <p><input type="checkbox"/> 88 Не знаю</p>	<p><input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Чоловіча</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Жіноча</p>	<p><input type="checkbox"/> 3 Інтерсекс-особа</p> <p><input type="checkbox"/> 88 Не знаю</p>	<p><input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати</p>
<p>8) Яка Ваша гендерна ідентичність? (позначте усі актуальні варіанти)</p>	<p><b>Примітка. Наступні питання (8, 9, 10) стосуються гендерної ідентичності та сексуальної орієнтації. Оскільки діти ще ростуть і розвиваються, батьки та особи, які здійснюють догляд, можуть ще не знати відповіді на всі ці питання. Виберіть варіант «Не знаю» або «Волію не відповідати», якщо цей варіант найбільш підходить вашій дитині, її віку та рівню розвитку.</b></p> <p>8а) Яка Ваша гендерна ідентичність? (позначте усі</p>				

		актуальні варіанти)	
<input type="checkbox"/> 1 Гендерфлюїд або гендерквір <input type="checkbox"/> 2 Хлопець/Чоловік <input type="checkbox"/> 3 Небінарна особа <input type="checkbox"/> 4 Бердаш <input type="checkbox"/> 5 Дівчина/Жінка <input type="checkbox"/> 6 Квесченінг або невизначений <input type="checkbox"/> 7 Інша гендерна ідентичність (уточніть) _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати		<input type="checkbox"/> 1 Гендерфлюїд або гендерквір <input type="checkbox"/> 2 Хлопець/Чоловік <input type="checkbox"/> 3 Небінарна особа <input type="checkbox"/> 4 Бердаш <input type="checkbox"/> 5 Дівчина/Жінка <input type="checkbox"/> 6 Квесченінг або невизначений <input type="checkbox"/> 7 Інша гендерна ідентичність (уточніть) _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	
		8b) Яка гендерна ідентичність у Вашої дитини/пацієнта? (позначте усі актуальні варіанти)	
		<input type="checkbox"/> 1 Гендерфлюїд або гендерквір <input type="checkbox"/> 2 Хлопець/Чоловік <input type="checkbox"/> 3 Небінарна особа <input type="checkbox"/> 4 Бердаш <input type="checkbox"/> 5 Дівчина/Жінка <input type="checkbox"/> 6 Квесченінг або невизначений <input type="checkbox"/> 7 Інша гендерна ідентичність (уточніть) _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	
9) Чи вважаєте Ви себе трансгендером? Трансгендер – це узагальнюючий термін, який використовується для позначення людей, чия гендерна ідентичність або гендерна експресія відрізняється від статі, присвоєної їм при народженні.		9a) Чи вважаєте Ви себе трансгендером? Трансгендер – це узагальнюючий термін, який використовується для позначення людей, чия гендерна ідентичність або гендерна експресія відрізняється від статі, присвоєної їм при народженні.	
<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати		<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	
		9b) Чи Ваша дитина/пацієнт вважає себе трансгендером? Трансгендер – це узагальнюючий термін, який використовується для позначення людей, чия гендерна ідентичність або гендерна експресія відрізняється від статі, присвоєної їм при народженні.	
		<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	
10) Яка(і) категорія(ї) найкраще описує(ють) Вашу сексуальну орієнтацію? (позначте усі актуальні варіанти)		10a) Яка(і) категорія(ї) найкраще описує(ють) Вашу сексуальну орієнтацію? (позначте усі актуальні варіанти)	
<input type="checkbox"/> 1 Асексуал <input type="checkbox"/> 2 Бісексуал <input type="checkbox"/> 3 Демісексуал <input type="checkbox"/> 4 Гей <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8 Квесченінг або невизначений <input type="checkbox"/> 9 Прихильник одностатевого кохання <input type="checkbox"/> 10 Натурал/Гетеросексуал <input type="checkbox"/> 11 Бердаш <input type="checkbox"/> 12 Інша сексуальна орієнтація (уточніть) _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	<input type="checkbox"/> 1 Асексуал <input type="checkbox"/> 2 Бісексуал <input type="checkbox"/> 3 Демісексуал <input type="checkbox"/> 4 Гей <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8 Квесченінг або невизначений <input type="checkbox"/> 9 Прихильник одностатевого кохання <input type="checkbox"/> 10 Натурал/Гетеросексуал <input type="checkbox"/> 11 Бердаш <input type="checkbox"/> 12 Інша сексуальна орієнтація (уточніть) _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати

Лесбійка <input type="checkbox"/> 6 Пансексуал л <input type="checkbox"/> 7 Квір		Лесбійка <input type="checkbox"/> 6 Пансексуал л <input type="checkbox"/> 7 Квір	
		10b) Яка(і) категорія(ї) найкраще описує(ють) сексуальну орієнтацію Вашої дитини/пацієнта? (позначте усі актуальні варіанти)	
		<input type="checkbox"/> 1 Асексуал <input type="checkbox"/> 2 Бісексуал <input type="checkbox"/> 3 Демісексуал <input type="checkbox"/> 4 Гей <input type="checkbox"/> 5 Лесбійка <input type="checkbox"/> 6 Пансексуал <input type="checkbox"/> 7 Квір	<input type="checkbox"/> 8 Квєсченінг або невизначений <input type="checkbox"/> 9 Прихильник одностатевого кохання <input type="checkbox"/> 10 Натурал/Гетеросексуал <input type="checkbox"/> 11 Бердаш <input type="checkbox"/> 12 Інша сексуальна орієнтація (уточніть) _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати
11) Чи відчуваєте Ви/Ваша родина труднощі з оплатою витрат на задоволення основних потреб? (до основних потреб може відноситися, зокрема, житло, їжа, комунальні платежі, транспорт, інтернет та телефон, одяг)	11) Чи відчуваєте Ви зараз труднощі з оплатою витрат на задоволення основних потреб?		
<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні <input type="checkbox"/> 3 Не застосовується, мені не потрібно оплачувати основні потреби <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати		<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні <input type="checkbox"/> 3 Не застосовується, мені не потрібно оплачувати основні потреби <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати	
	12) Яким був загальний дохід Вашої родини до сплати податків минулого року?		
	<input type="checkbox"/> 1 \$0–\$19,999 доларів <input type="checkbox"/> 2 \$20,000–\$39,999 доларів <input type="checkbox"/> 3 \$40,000–\$59,999 доларів <input type="checkbox"/> 4 \$60,000–\$79,999 доларів	<input type="checkbox"/> 5 \$80,000–\$119,999 доларів <input type="checkbox"/> 6 \$120,000–\$149,999 доларів <input type="checkbox"/> 7 \$150,000 доларів або більше <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати	
	13) Скільки осіб живуть за рахунок цього доходу?		
	<input type="checkbox"/> 1 _____ осіб <input type="checkbox"/> 88 Не знаю		

99 Волю не відповідати