

Ми запитуємо, тому що нам не все одно

Ми хотіли б поставити Вам кілька запитань, які допоможуть нам краще зрозуміти наших пацієнтів/клієнтів. Ваші відповіді допоможуть нам забезпечити Вам найкращий догляд та покращити програми та послуги для кожного.

Чому Ви збираєте цю інформацію?

Ці запитання допоможуть нам краще зрозуміти наших пацієнтів/клієнтів та надати кращий догляд і послуги. Деякі запитання можуть здатися дуже особистими. Ми ставимо ці запитання, тому що іноді до людей ставилися по-різному, залежно від того, ким вони є. Таке різне ставлення є дискримінацією і може вплинути на наше здоров'я.

Я повинен відповідати на всі запитання?

Ні. Ви самі вирішуєте, відповідати на ці запитання чи ні. Ви можете припинити відповідати на запитання в будь-який час або в будь-який час попросити нас видалити Ваші відповіді. Ми забезпечимо догляд за Вами незалежно від того, відповісте Ви на запитання чи ні.

Хто побачить цю інформацію?

Ваші відповіді побачать тільки люди, які безпосередньо доглядають за Вами. Ця інформація буде захищена, як і вся інша Ваша медична інформація. Також ми видалимо Ваше ім'я з Ваших відповідей та об'єднаємо їх з відповідями всіх інших людей, яких ми обслуговуємо. Ці об'єднані відповіді можуть бути використані нами, а також дослідниками для надання кращого догляду та послуг.

Скільки часу знадобиться на це?

На те, щоб відповісти на всі 13 запитань, знадобиться 6-8 хвилин.

Ви згодні відповісти на запитання?

- Так
- Ні
- В даний час я вважаю за краще не відповідати на жодне з цих питань

1. Якою мовою Вам найзручніше розмовляти зі Вашим лікарем? (Відзначте всі відповідні 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"/> 7 Бенгальською <input type="checkbox"/> 8 Болгарською	<input type="checkbox"/> 9 Бірманською <input type="checkbox"/> 10 Кантонською <input type="checkbox"/> 11 Чеською <input type="checkbox"/> 12 Дарі <input type="checkbox"/> 13 Фарсі <input type="checkbox"/> 14 Грузинською <input type="checkbox"/> 15 Грецькою <input type="checkbox"/> 16 Гуджараті <input type="checkbox"/> 17 Хауса <input type="checkbox"/> 18 Гінді	<input type="checkbox"/> 19 Івритом <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"/> 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"/> 35 Сомалійською <input type="checkbox"/> 36 Іспанською <input type="checkbox"/> 37 Суахілі	<input type="checkbox"/> 38 Тагальською <input type="checkbox"/> 39 Тайшанською <input type="checkbox"/> 40 Тамільською <input type="checkbox"/> 41 Тайською <input type="checkbox"/> 42 Тібетською <input type="checkbox"/> 43 Тигринья <input type="checkbox"/> 44 Турецькою <input type="checkbox"/> 45 Тві <input type="checkbox"/> 46 Українською	<input type="checkbox"/> 47 Урду <input type="checkbox"/> 48 В'єтнамською <input type="checkbox"/> 49 Іншою мовою (вказати): _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати
--	---	---	--	--	---

2. (a) Ви народилися в Канаді?

- 1 Так
 2 Ні
 88 Не знаю
 99 Волію не відповідати

(2b) Якщо ні, то коли Ви прибули?

<input type="checkbox"/> 1 Менше 5 років тому	<input type="checkbox"/> 3 10 років тому або більше	<input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати
<input type="checkbox"/> 2 Від 5 до 9 років тому	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю	
3. Чи відносите Ви себе до корінних народів, метисів та/або інуїтів? (Відзначте всі відповідні варіанти) Це запитання стосується того, як Ви ідентифікуєте себе (наприклад, включає наявність чи відсутність статусу)		
<input type="checkbox"/> 1 Так, я представник корінних народів (зі статусом чи без нього)	<input type="checkbox"/> 4 Ні	
<input type="checkbox"/> 2 Так, я метис	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю	
<input type="checkbox"/> 3 Так, я інуїт	<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.		
<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? (Відзначте всі відповідні варіанти, якщо, наприклад, Ви належите до багаторасової групи або у Вас змішане расове походження)		
<input type="checkbox"/> 1 Араб, уродженець Близького Сходу або Західної Азії (наприклад, афганець, єгиптянин, іранець, лівієць, перс, турок, курд та ін.)	<input type="checkbox"/> 6 Уродженець Південно-Східної Азії (наприклад, філіппінець, в'єтнамець, камбоджієць, тайванець, індонезієць та ін.)	
<input type="checkbox"/> 2 Темношкірий (наприклад, африканець, афро-канадець, афро-карибець, афро-єгиптянин та ін.)	<input type="checkbox"/> 7 Світлошкірий (наприклад, європейського походження)	
<input type="checkbox"/> 3 Уродженець Східної Азії (наприклад, китаєць, корєєць, японець, тайванець та ін.)	<input type="checkbox"/> 8 Інша раса/етнічна група (вказати): _____	
<input type="checkbox"/> 4 Латиноамериканець (іспанського або латиноамериканського походження)	<input type="checkbox"/> 9 Не застосовується (наприклад, представник корінних народів, як вказано в запитанні № 3)	
<input type="checkbox"/> 5 Уродженець Південної Азії (наприклад, бангладешець, індієць, індо-карибець, пакистанець, шріланкієць та ін.)	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю	
	<input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати	
6. (а) Чи вважаєте Ви себе людиною з обмеженими можливостями?		
<input type="checkbox"/> 1 Так	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю	
<input type="checkbox"/> 2 Якщо бажаєте, вкажіть	<input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати	
<input type="checkbox"/> 3 Ні		
(б) Чи була б Вам корисною допомога, пов'язана з будь-яким з перерахованих нижче станів? (Відзначте всі відповідні варіанти)		

<input type="checkbox"/> 1 Хвороба Альцгеймера/деменція <input type="checkbox"/> 2 Розлад аутистичного спектру <input type="checkbox"/> 3 Хронічне захворювання (наприклад, серповидно-клітинна хвороба, цукровий діабет та ін.) <input type="checkbox"/> 4 Порушення когнітивної функції <input type="checkbox"/> 5 Інвалідність як наслідок вад розвитку <input type="checkbox"/> 6 Наркотична або алкогольна залежність	<input type="checkbox"/> 7 Нездатність до навчання <input type="checkbox"/> 8 Психічне захворювання <input type="checkbox"/> 9 Інвалідність внаслідок фізичних порушень <input type="checkbox"/> 10 Розлад чуттєвого сприйняття (наприклад, слабозорість, сліпота, глухота, приглухуватість та ін.) <input type="checkbox"/> 11 Інше (вказати) _____	<input type="checkbox"/> 12 Нічого з переліченого <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати
7. Яка стать була присвоєна Вам при народженні? (Відзначте один варіант)		
<input type="checkbox"/> 1 Чоловіча <input type="checkbox"/> 2 Жіноча <input type="checkbox"/> 3 Інтерсексуальна персона <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати		
8. Яка Ваша гендерна ідентичність? (Відзначте всі відповідні варіанти)		
<input type="checkbox"/> 1 Гендерфлюїд або гендерквір <input type="checkbox"/> 2 Чоловік <input type="checkbox"/> 3 Небінарна особа <input type="checkbox"/> 4 Бердаш <input type="checkbox"/> 5 Жінка	<input type="checkbox"/> 6 Квесченінг або невизначений <input type="checkbox"/> 7 Інша гендерна ідентичність (вказати) _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю 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.		
<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати	
10. Яка(і) категорія(ї) найкраще описує(ють) Вашу сексуальну орієнтацію? (Відзначте всі відповідні 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 Квеченінг 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 (вказати) _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати
11. Чи відчуваєте Ви в даний час труднощі з оплатою 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		
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. Скількох людей забезпечує цей дохід?		
<input type="checkbox"/> 1 _____ осіб <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати		

Додаткові необов'язкові запитання*

*Ці запитання не є частиною основного набору даних і не є обов'язковими.

1. Який Ваш поточний рівень освіти?	
<input type="checkbox"/> 1 Відсутність формальної освіти <input type="checkbox"/> 2 Початкова та середня школа (1-8 клас) <input type="checkbox"/> 3 Відвідування старшої школи, але без її закінчення <input type="checkbox"/> 4 Атестат про повну середню освіту або свідоцтво про здобуття іншої відповідної освіти (9-12 клас) <input type="checkbox"/> 5 Сертифікат або диплом про завершене (або поточне) професійно-технічне навчання чи про здобуття іншої кваліфікації за робочою спеціальністю	<input type="checkbox"/> 6 Сертифікат або диплом про закінчення технікуму, коледжу загальної та професійної освіти або іншого середнього професійного закладу освіти (або поточне навчання) <input type="checkbox"/> 7 Вища освіта першого ступеня або незакінчена вища освіта <input type="checkbox"/> 8 Повна вища освіта або професійна атестація (наприклад, ступінь магістра, доктора філософії, доктора медицини) <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати
2. Дайте відповідь на наступні твердження: (а) «Протягом останніх 12 місяців ми переживали, що в нас закінчатся продукти харчування, перш ніж ми зможемо придбати чи дістати ще»	
<input type="checkbox"/> 1 Повністю погоджуюсь <input type="checkbox"/> 2 Частково погоджуюсь <input type="checkbox"/> 3 Зовсім не погоджуюсь <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	
(б) «Протягом останніх 12 місяців куплених нами продуктів харчування просто не вистачало, і ми не могли купити або дістати ще».	
<input type="checkbox"/> 1 Повністю погоджуюсь <input type="checkbox"/> 2 Частково погоджуюсь <input type="checkbox"/> 3 Зовсім не погоджуюсь	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати
3. Чи були Ви не в змозі придбати ліки чи медичні товари протягом останніх 12 місяців або чи робили Ви що-небудь, щоб зберегти їх довше через дорожнечу?	
<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні <input type="checkbox"/> 3 Не застосовується, протягом останніх 12 місяців мені не доводилося купувати жодних ліків або медичних товарів	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати
4. (а) Яка у Вас поточна ситуація з житлом?	
<input type="checkbox"/> 1 Помешкання, яке належить Вам або членам Вашої сім'ї <input type="checkbox"/> 2 Помешкання, яке орендуєте Ви або члени Вашої сім'ї <input type="checkbox"/> 3 Соціальне житло, субсидоване житло чи житло з орендною платою залежно від рівня доходу <input type="checkbox"/> 4 Центр соціальної допомоги чи інтернат	<input type="checkbox"/> 5 Установа довгострокового догляду <input type="checkbox"/> 6 Виправна установа <input type="checkbox"/> 7 Проживання у чужому помешканні, тому що у Вас немає іншого варіанту

		<input type="checkbox"/> 8 Перебування без певного місця проживання (наприклад, проживання в притулку, громадському місці чи транспортному засобі)
(4b) З ким Ви проживаєте? Виберіть усі відповідні варіанти:		
<input type="checkbox"/> 1 З одним із батьків/батьками або опікуном(ами) <input type="checkbox"/> 2 З дружиною/чоловіком або партнером/партнеркою <input type="checkbox"/> 3 З дитиною/дітьми <input type="checkbox"/> 4 З дідусем та/або бабусею <input type="checkbox"/> 5 З рідним братом/рідною сестрою <input type="checkbox"/> 6 З іншими родичами	<input type="checkbox"/> 7 З друзями або сусідами по кімнаті <input type="checkbox"/> 8 З особою, є яка здійснює платний догляд, або співробітником патронажної служби <input type="checkbox"/> 9 Проживаю окремо <input type="checkbox"/> 10 Інше (вказати) _____ <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	
(4c) Чи був протягом останніх 12 місяців час, коли Ви були не в змозі вчасно сплатити іпотеку або орендну плату?		
<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні <input type="checkbox"/> 3 Не застосовується, мені не потрібно було платити орендну плату чи іпотеку	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	
5. Чи не заважала Вам відсутність транспортного засобу протягом останніх 12 місяців відвідувати лікаря, проводити зустрічі, працювати або купувати речі, необхідні для повсякденного життя? Виберіть усі відповідні варіанти:		
<input type="checkbox"/> 1 Так, це заважало мені відвідувати лікаря або отримувати ліки <input type="checkbox"/> 2 Так, це заважало мені відвідувати зустрічі, не пов'язані з медичними питаннями, ділові зустрічі, працювати або купувати необхідні мені речі <input type="checkbox"/> 3 Ні	<input type="checkbox"/> 4 Не застосовується, протягом останніх 12 місяців мені не потрібен був транспортний засіб для здійснення цієї діяльності <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	
6. Чи є у Вас у даний час постійний доступ до телефону або Інтернету?		
<input type="checkbox"/> 1 Так, лише до телефону <input type="checkbox"/> 2 Так, лише до Інтернету <input type="checkbox"/> 3 Так, до обох	<input type="checkbox"/> 4 Ні <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	
7. Чи пропускали Ви протягом останніх 12 місяців оплату будь-яких рахунків за комунальні послуги (наприклад, за електроенергію, газ /рідке паливо, воду) через дорожнечу?		

<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні <input type="checkbox"/> 3 Не застосовується, мені не доводилося оплачувати комунальні рахунки протягом останніх 12 місяців або комунальні послуги вже включені в орендну плату	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати
8. (a) Чи відчуваєте Ви, що у Вас є люди, яким Ви можете відкритися або довіритися?	
<input type="checkbox"/> 1 Так, у мене завжди або іноді хтось є <input type="checkbox"/> 2 Ні, у мене нікого немає	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати
(8b) Чи є у Вас люди, на яких Ви могли б покластися, якби Вам була потрібна допомога?	
<input type="checkbox"/> 1 Так, у мене завжди або іноді хтось є <input type="checkbox"/> 2 Ні, у мене нікого немає	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати
9. (a) Ви зараз працюєте (це включає самозайнятість, зайнятість на повний робочий день, неповний робочий день чи інше)?	
<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	
(9b) Ви зараз шукаєте роботу?	
<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні	<input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати
(9c) Чи є Ваша основна робота тимчасовою або на неповний робочий день (наприклад, непостійна, за контрактом, позаштатна, короткострокова, сезонна)?	
<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	
(9d) Чи відчуваєте Ви, що на Ваше поточне працевлаштування може мати негативний вплив те, що Ви піднімете питання стосовно Вашої роботи (наприклад, питання охорони здоров'я, безпеки, прав)?	
<input type="checkbox"/> 1 Так <input type="checkbox"/> 2 Ні <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волію не відповідати	

(9e) Чи сильно змінювався рівень Вашого доходу від місяця до місяця протягом останніх 12 місяців?

- 1 Так
- 2 Ні
- 88 Не знаю
- 99 Волю не відповідати

10. Яка Ваша релігійна чи духовна приналежність? Виберіть усі відповідні варіанти:

- | | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 Агностицизм <input type="checkbox"/> 2 Анімізм або шаманство <input type="checkbox"/> 3 Атеїзм <input type="checkbox"/> 4 Бехаїзм <input type="checkbox"/> 5 Буддизм | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 6 Православне християнство <input type="checkbox"/> 7 Християнство, не включене в жоден інший пункт цього списку <input type="checkbox"/> 8 Конфуціанство <input type="checkbox"/> 9 Індуїзм <input type="checkbox"/> 10 Іслам | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 11 Джайнізм <input type="checkbox"/> 12 Юдаїзм <input type="checkbox"/> 13 Духовність корінних народів <input type="checkbox"/> 14 Язичництво <input type="checkbox"/> 15 Протестанство | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 16 Растафаріанство <input type="checkbox"/> 17 Римський католицизм <input type="checkbox"/> 18 Сикхізм <input type="checkbox"/> 19 Віруюча людина <input type="checkbox"/> 20 Унітаріанство | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 21 Зороастризм <input type="checkbox"/> 22 Інше (вказати) _____ <input type="checkbox"/> 23 Не застосовується, у мене немає релігійної чи духовної приналежності <input type="checkbox"/> 88 Не знаю <input type="checkbox"/> 99 Волю не відповідати |
|---|---|--|--|---|

11. Якою мовою Ви б хотіли читати інформацію медичного характеру? Відзначте лише один варіант.

- | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 Англійською <input type="checkbox"/> 2 Французькою <input type="checkbox"/> 3 Амхарською <input type="checkbox"/> 4 Арабською | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 7 Китайською (спрощеною) <input type="checkbox"/> 8 Китайською (традиційною) <input type="checkbox"/> 9 Чеською <input type="checkbox"/> 10 Дарі <input type="checkbox"/> 11 Фарсі <input type="checkbox"/> 12 Грецькою | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 13 Гінді <input type="checkbox"/> 14 Угорською <input type="checkbox"/> 15 Італійською <input type="checkbox"/> 16 Каренською <input type="checkbox"/> 17 Корейською | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 18 Непальською <input type="checkbox"/> 19 Польською <input type="checkbox"/> 20 Португальською <input type="checkbox"/> 21 Панджабі <input type="checkbox"/> 22 Російською | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 23 Сербською <input type="checkbox"/> 24 Словацькою <input type="checkbox"/> 25 Сомалійською <input type="checkbox"/> 26 Іспанською <input type="checkbox"/> 27 Тагальською | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 28 Тамільською <input type="checkbox"/> 29 Тигринья <input type="checkbox"/> 30 Турецькою <input type="checkbox"/> 31 Тві <input type="checkbox"/> 32 Українською | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 33 Урду <input type="checkbox"/> 34 В'єтнамською <input type="checkbox"/> 35 Іншою (вказати) _____ <input type="checkbox"/> 88 Волю не відповідати <input type="checkbox"/> 99 Не знаю |
|---|---|---|--|--|--|---|

<input type="checkbox"/> 5 Бенгальсь кою						
<input type="checkbox"/> 6 Шрифтом Брайля						