

N.º de identificação do cliente _____

Data de preenchimento: _____

DADOS DEMOGRÁFICOS E HISTÓRICO

PREENCHIDO POR CLIENTES OU PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Qual é a sua data de nascimento?

____ (Mês) ____ ____ ____ (Ano)

2. Qual foi o sexo biológico atribuído ao seu nascimento?

Selecione uma opção.

- Feminino
- Masculino
- Intersexo
- Nenhum desses me descreve
- Prefiro não informar

3. Como você identifica o seu gênero?

Selecione uma opção.

- Masculino
- Feminino
- Não-binário
- Homem trans (mulher no nascimento)
- Mulher trans (homem no nascimento)
- Não tenho a certeza/não sei
- Prefiro não informar
- Outro (especifique: _____)

4. Qual é a sua orientação sexual?

Selecione uma opção.

- Hétero ou heterossexual
- Gay ou lésbica
- Bissexual
- Não tenho a certeza/não sei
- Prefiro não informar
- Outra (especifique: _____)

Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.

5. Qual é a sua raça?

Assinale todas as que se aplicam.

- Negra ou afro-americana
- Branca
- Asiática
- Índio americano ou nativo do Alasca
- Nativo do Havai ou Ilhas do Pacífico
- Prefiro não informar
- Não tenho a certeza/não sei

6. Qual é a sua etnia?

Selecione uma.

- Hispânica
- Não-hispânica
- Prefiro não informar
- Não tenho a certeza/não sei

7. Qual é o seu idioma de preferência?

Assinale todos as que se aplicam.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inglês | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Espanhol / crioulo espanhol | <input type="checkbox"/> Mandarim |
| <input type="checkbox"/> Línguas africanas | <input type="checkbox"/> Outro indo-europeu |
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Polonês |
| <input type="checkbox"/> Armênio | <input type="checkbox"/> Português / crioulo português |
| <input type="checkbox"/> Khmer | <input type="checkbox"/> Russo |
| <input type="checkbox"/> Cantonês | <input type="checkbox"/> Tagalog |
| <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Francês / crioulo francês | <input type="checkbox"/> Lídiche |
| <input type="checkbox"/> Hebraico | <input type="checkbox"/> Outras línguas asiáticas |
| <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Linguagem de sinais |
| <input type="checkbox"/> Índico (por exemplo, hindi, urdu, sindi) | <input type="checkbox"/> Outro (especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Prefiro não informar |

8. Qual é o seu estado civil?

Selecione uma opção.

- Nunca fui casado(a)
- Casado(a)
- União estável
- Separado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Prefiro não informar
- Outro (especifique: _____)

9. Você tem filhos(as)?

Assinale todas as que se aplicam.

- Não tenho filhos(as)
- Esperando um bebê
- Filhos(as) com menos de 18 anos, sob minha guarda
- Filhos(as) com menos de 18 anos, não sob minha guarda
- Filhos(as) com 18 anos ou mais
- Prefiro não informar
- Não tenho a certeza/não sei

10. Qual é o nível de escolaridade mais alto concluído por sua mãe?

Selecione uma opção.

- Ensino fundamental completo ou incompleto
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo ou supletivo
- Ensino superior parcial, incluindo diploma ou cursos técnicos
- Formação de 4 anos de faculdade
- Pós-graduação (por exemplo, MA, MD, PhD)
- Não tenho a certeza/não sei
- Prefiro não informar
- Não aplicável → *Passe para a P12*

11. [OPCIONAL] Em que ocupação a sua mãe trabalha atualmente ou mais recentemente?

Selecione uma opção.

- Profissional/ Técnica/ Gerencial (por exemplo, profissionais da medicina, advocacia, contabilidade, corpo docente, gestoras de projetos)
- Ocupações de escritório, suporte administrativo e funções de vendas
- Cuidados e serviços pessoais (por exemplo, caixa, passear cães, preparação de alimentos)
- Construção/ mecânica/ operária/ manutenção
- Agrícola (por exemplo, fazenda, pesca, floresta)
- Transporte (por exemplo, motorista de ônibus, táxi)
- Militar, serviços de emergência (por exemplo, policial, bombeira) ou segurança
- Doméstica/ dona de casa
- Desempregada/ férias coletivas
- Outra (especifique: _____)
- Não tenho a certeza/não sei
- Prefiro não informar
- Não aplicável

12. Qual é o nível de escolaridade mais alto concluído por seu pai?

Selecione uma opção.

- Ensino fundamental completo ou incompleto
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo ou supletivo
- Ensino superior parcial, incluindo diploma ou cursos técnicos
- Formação de 4 anos de faculdade
- Pós-graduação (por exemplo, MA, MD, PhD)
- Não tenho a certeza/não sei
- Prefiro não informar
- Não aplicável → *Passa para a P14*

13. [OPCIONAL] Em que ocupação o seu pai trabalha atualmente ou mais recentemente?

Selecione uma opção.

- Profissional/ Técnica/ Gerencial (por exemplo, profissionais da medicina, advocacia, contabilidade, corpo docente, gestores de projetos)
- Ocupações de escritório, suporte administrativo e funções de vendas
- Cuidados e serviços pessoais (por exemplo, caixa, passear cães, preparação de alimentos)
- Construção/ mecânica/ operário/ manutenção
- Agrícola (por exemplo, fazenda, pesca, floresta)
- Transporte (por exemplo, motorista de ônibus, táxi)
- Militar, serviços de emergência (por exemplo, policial, bombeiro) ou segurança
- Doméstico/ dono de casa
- Desempregado/ férias coletivas
- Outra (especifique: _____)
- Não tenho a certeza/não sei
- Prefiro não informar
- Não aplicável

14. Qual é sua situação atual de habitação?

Selecione uma opção.

- Morando só ou com colegas de quarto (sem supervisão)
- Com família biológica ou adotiva
- Morando em um orfanato
- Apartamento supervisionado (algum apoio da equipe), moradia com suporte, ou configuração de vida dependente, sem outras pessoas
- Cuidados domiciliares ou residenciais em grupo com outras pessoas
- Abrigo para pessoas carentes ou dormindo ao ar livre
- Em alojamento temporário (por exemplo, couch surfing, morando temporariamente com a família ou amigos)
- Outra (especifique: _____)
- Prefiro não informar
- Não tenho a certeza/não sei

15. Você é um veterano militar?

- Sim
- Não
- Prefiro não informar
- Não tenho a certeza/não sei

16. Você já esteve no sistema de famílias de acolhimento?

- Sim
- Não
- Prefiro não informar
- Não tenho a certeza/não sei

17. Que tipo de seguro saúde você possui atualmente?

- Seguro comercial
- Medicaid (programa de saúde social dos EUA)
- Não tenho seguro
- Não tenho a certeza/não sei
- Outro (especifique: _____)

18. Você recebe apoio financeiro de alguma das seguintes pessoas?

Assinale todas as que se aplicam.

- Mãe
- Pai
- Tutor
- Cônjuge
- Outro (especifique: _____)
- Não tenho a certeza/não sei
- Não recebo apoio financeiro de ninguém

19. Você recebe atualmente Supplemental Security Income (SSI) / Social Security Disability Insurance (SSDI)?

- Sim
- Não, nunca recebi SSI / SSDI → *Passe para a P21*
- Não, eu recebia SSI/SSDI, mas não recebo mais
- Não tenho certeza / não sei → *Passe para a P21*

Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.

20. Quantos anos tinha quando começou a receber SSI/SSDI?

_____ anos

21. Você se inscreveu nos últimos seis meses para receber SSI/SSDI?

- Sim
- Não

22. Atualmente, você recebe algum dos seguintes apoios monetários?

Assinale todos as que se aplicam.

- Benefícios por invalidez, exceto SSI/SSDI
- TANF ou outra assistência de renda
- Desemprego
- Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP)/ Vale-Refeição
- Outro (especifique: _____)
- Não tenho a certeza/não sei
- Nenhum apoio

23. Quem indicou você para este programa?

Selecione uma opção.

- Alguém de outro programa nesta instituição/ agência
- Sala de emergência
- Unidade de estabilização de crise (ou seja, um ambiente não hospitalar de 24 horas)
- Hospital - unidade de internação em ambiente médico geral
- Hospital - unidade de internação de uma unidade ou ambiente psiquiátrico
- Escola ou universidade
- Médico de família/ generalista
- Provedor de saúde mental comunitário ambulatorial (por exemplo, psiquiatra, assistente social, psicólogo)
- Sistema de justiça (por exemplo, polícia, centro de detenção, tribunal de menores)
- Parente ou amigo
- Por conta própria
- Outro (Especificar: _____)