

N.º de identificação do cliente _____

Data de preenchimento: _____

DADOS DEMOGRÁFICOS E HISTÓRICO

PREENCHIDO POR CLIENTES OU PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. 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: _____)

2. 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

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

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

Selecione uma opção.

- Profissional/ Técnica/ Gerencial (por exemplo, profissional da medicina, advocacia, contabilidade, corpo docente, gestora 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

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

Selecione uma opção.

- Profissional/ Técnica/ Gerencial (por exemplo, profissional da medicina, advocacia, contabilidade, corpo docente, gestor 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

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

5. 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

6. 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: _____)

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

Assinale todas as que se aplicam.

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

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

- Sim
- Não, nunca recebi SSI / SSDI → *Passe para a P10*
- Não, eu recebia SSI/SSDI, mas não recebo mais
- Não tenho certeza / não sei → *Passe para a P10*

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

_____ anos

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

- Sim
- Não

11. 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