

ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЭФФИЦИЕНТА УЯЗВИМОСТИ
И ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В ОБСЛУЖИВАНИИ (VI-SPDAT)
ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ, НЕ ИМЕЮЩИХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

Дата: _____

ID КЛИЕНТА ServicePoint:

Цель этого опроса – понять вашу ситуацию на данный момент и определить, какими вы можете иметь право пользоваться в рамках Системы координированного доступа к социальным услугам для взрослых. Каждому, кто обращается к нам за помощью, предлагается ответить на стандартную серию вопросов. Сначала я попрошу вас сообщить о себе сведения общего характера и ответить на несколько вопросов о том, где вы сейчас живёте. Вы хотите продолжить отвечать на вопросы этой анкеты-опросника вместе со мной?

ЕСЛИ "ДА", ПРОДОЛЖАЙТЕ.

➔ Имя КЛИЕНТА (имя, отчество, фамилия)						
<i>Также известен(на) под именем:</i>						
➔ Дата рождения (ДОР)		➔ Качество данных о ДОР			➔ Вы когда-либо служили в вооруженных силах США?	
/ /		<input type="checkbox"/> Точная ДОР <input type="checkbox"/> ДОР неизвестна <input type="checkbox"/> Приблизительная ДОР <input type="checkbox"/> Отказывается сообщить ДОР			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать	
➔ Пол (✓ один или несколько вариантов)		➔ Раса (✓ одна или более, <u>обведите</u> основную)			➔ Этническая принадлежность	
<input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Трансгендер <input type="checkbox"/> Затрудняюсь ответить		<input type="checkbox"/> Азиат или американец азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Чернокожий, африканец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Азиат или выходец с Ближнего Востока <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских или Тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Американский индеец, коренной житель Аляски или индеец <input type="checkbox"/> Славянин			<input type="checkbox"/> Европеоид <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать	
<input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Отказ от принадлежности только к мужскому или женскому полу (например, небинарный человек, агендер и т. д.) <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать					<input type="checkbox"/> Испаноязычный американец/латино американец <input type="checkbox"/> Не являюсь испаноязычным американцем/латиноамериканцем <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать	
➔ Укажите ваш родной язык.						
<input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Бирманский <input type="checkbox"/> Фарси <input type="checkbox"/> Японский <input type="checkbox"/> Мьен <input type="checkbox"/> Словацкий <input type="checkbox"/> Украинский <input type="checkbox"/> Албанский <input type="checkbox"/> Камбоджийский <input type="checkbox"/> Французский <input type="checkbox"/> Кирунди <input type="checkbox"/> Румынский <input type="checkbox"/> Сомали <input type="checkbox"/> Вьетнамский <input type="checkbox"/> Амхарский <input type="checkbox"/> Кантонский <input type="checkbox"/> Хинди <input type="checkbox"/> Лаосский <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Испанский <input type="checkbox"/> Другой: _____ <input type="checkbox"/> Арабский <input type="checkbox"/> диалект <input type="checkbox"/> Хмонг <input type="checkbox"/> Мандаринский <input type="checkbox"/> Самоанский <input type="checkbox"/> Суахили						
➔ Среди домохозяев есть беременные?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/> Отказывается сообщить				
➔ Количество человек в семье:			➔ Сколько из них в возрасте до 18 лет?			

ПРИ ОТСУТСТВИИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ СРЕДИ ДОМОХОЗЯЕВ ОСТАНОВИТЕ ОПРОС И ЗАПОЛНИТЕ ОПРОСНИК ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ.* ЕСЛИ СРЕДИ ДОМОХОЗЯЕВ ЕСТЬ ЛИЦА МЛАДШЕ 25 ЛЕТ, ОБРАТИТЕСЬ К СИСТЕМЕ ДЛЯ МОЛОДЕЖИ.

**Беременные взрослые домохозяйцы без других детей и взрослые, планирующие оформить опеку над детьми (но у которых пока еще нет детей в семье) могут заполнить опросник для семьи и опросник для взрослых.*

➔ Место жительства до регистрации для участия в программе (Где вы ночевали прошлой ночью?)	
<input type="checkbox"/> *Временный приют, включая отель или мотель, оплачиваемый ваучером для временного приюта <input type="checkbox"/> Патронатный дом или групповой патронатный дом <input type="checkbox"/> Больница (не психиатрическая) <input type="checkbox"/> Отель или мотель, не оплачиваемый ваучером для временного приюта <input type="checkbox"/> Тюрьма, следственный изолятор или детский приёмник <input type="checkbox"/> Несубсидированное жильё, принадлежащее клиенту <input type="checkbox"/> Субсидированное жильё, принадлежащее клиенту <input type="checkbox"/> Постоянное жильё для бывших бездомных <input type="checkbox"/> *Место, не предназначенное для жилья (улица, автомобиль, лагерь и т.д.) <input type="checkbox"/> Психиатрическая больница или другое психиатрическое учреждение <input type="checkbox"/> Несубсидированное жильё, арендуемое клиентом	<input type="checkbox"/> Субсидируемое жильё, арендуемое клиентом в рамках программы Управления по делам бывших военнослужащих (VASH) <input type="checkbox"/> Субсидируемое жильё, арендуемое клиентом в рамках другой программы (не программы Управления VASH; например, 8-ой программы, программы поддержки семей бывших военнослужащих (SSVF)) <input type="checkbox"/> Жильё в рамках программы «Safe Haven» <input type="checkbox"/> Живёт временно или постоянно в комнате, квартире или доме члена семьи <input type="checkbox"/> Живёт временно или постоянно в комнате, квартире или доме друга <input type="checkbox"/> Наркологический центр или вытрезвитель <input type="checkbox"/> Временное жильё для бездомных <input type="checkbox"/> Другое: _____ (Поясните: _____) <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Отказ

➔ Продолжительность пребывания (Как давно вы там живёте?)		
<input type="checkbox"/> Один день или менее <input type="checkbox"/> От двух дней до недели <input type="checkbox"/> Больше недели, но меньше месяца	<input type="checkbox"/> От одного до трёх месяцев <input type="checkbox"/> Более трёх месяцев, но менее года <input type="checkbox"/> Год или более	<input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Отказ

➔ Непрерывное отсутствие жилья	➔ Временное отсутствие жилья
Примерная дата утраты постоянного жилья: / /	Независимо от местонахождения прошлой ночью, количество

ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЭФФИЦИЕНТА УЯЗВИМОСТИ
И ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В ОБСЛУЖИВАНИИ (VI-SPDAT)
ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ, НЕ ИМЕЮЩИХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

➔ Наличие инвалидности	ночей на улице/в приюте для бездомных за последние 3 года	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Отказ	Общее количество месяцев на улице/в приюте для бездомных за последние 3 года	

ПРИ НАХОЖДЕНИИ В ПРИЮТЕ, ВРЕМЕННОМ ЖИЛЬЕ, НЕ ПРЕДНАЗНАЧЕННОМ ДЛЯ ПРОЖИВАНИЯ ЖИЛЬЕ ИЛИ В УЧРЕЖДЕНИИ (БОЛЬНИЦЕ, ТЮРЬМЕ И Т.Д.) МЕНЕЕ 90 ДНЕЙ, А ТАКЖЕ ПРИ ПРЕБЫВАНИИ В ВЫШЕУПОМЯНУТЫХ МЕСТАХ РАНЕЕ, ПРОДОЛЖИТЕ. В ПРОТИВНОМ СЛУЧАЕ, ПРЕКРАТИТЕ ОПРОС.

Теперь я задам вам ряд вопросов, имеющих отношение к вашему положению бездомного(ой), состоянию здоровья и повседневной жизни. На большинство вопросов достаточно просто ответить "да" или "нет" или указать, сколько раз вы переживали то или иное событие. Пожалуйста, отвечайте на каждый вопрос на основе имеющихся у вас сведений. Если вы не хотите отвечать на какой-нибудь вопрос, вы можете его пропустить. Вы также можете в любой момент прекратить своё участие в опросе. Я не собираюсь вас судить, я просто хочу получить представление о том, какие услуги вам необходимы или какие услуги вам хотелось бы получать. Заверю вас в том, что вся предоставляемая вами информация будет считаться конфиденциальной.

A. НАЛИЧИЕ И ОТСУТСТВИЕ ЖИЛЬЯ В ПРОШЛОМ

ВОПРОСЫ			
Если респондент был бездомным в общей сложности два года или более и/или более 4-х раз, поставьте 1 балл.	ОТВЕТ	ОТКАЗ	КОЛ-ВО БАЛЛОВ
1. Как долго в общей сложности вы живёте на улице или в приютах для бездомных?		<input type="checkbox"/>	
2. Сколько раз за последние три года вы имели жильё, которое вы впоследствии снова теряли?		<input type="checkbox"/>	
ОБЩИЙ БАЛЛ В РАЗДЕЛЕ "НАЛИЧИЕ И ОТСУТСТВИЕ ЖИЛЬЯ"			

Я задам вам несколько вопросов о ваших контактах со службами, предоставляющими услуги медицинской и экстренной помощи. Если вам требуется помощь в определении точки отсчёта периода времени, включающего последние шесть месяцев, скажите мне об этом.

B. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

ВОПРОСЫ				
Если общее число контактов в ответах на вопросы 3, 4, 5, 6 и 7 составляет 4 или более раз, поставьте 1 балл.	ОТВЕТ		ОТКАЗ	КОЛ-ВО БАЛЛОВ
3. Сколько раз за последние шесть месяцев вы обращались в отделение/кабинет скорой помощи?			<input type="checkbox"/>	
4. Сколько раз за последние шесть месяцев вы вступали в контакт с полицией?			<input type="checkbox"/>	
5. Сколько раз за последние шесть месяцев вас отвозили в больницу на машине скорой помощи?			<input type="checkbox"/>	
6. Сколько раз за последние шесть месяцев вы обращались в службы поддержки в кризисных ситуациях, включая центры психологической помощи или горячие линии по предотвращению суицида?			<input type="checkbox"/>	
7. Сколько раз за последние шесть месяцев вы были пациентом стационара больницы, включая психиатрические больницы?			<input type="checkbox"/>	
Если на вопросы 8 или 9 предоставлен ответ "ДА", поставьте 1 балл.	ДА	НЕТ	ОТКАЗ	КОЛ-ВО БАЛЛОВ
8. Подвергались ли Вы нападению или избиению с тех пор, как стали бездомным(ой)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. В течение последнего года представляли ли вы угрозу самому/самой себе или пытались причинить вред себе или другому человеку?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Если на вопрос 10 предоставлен ответ "ДА", поставьте 1 балл.	ДА	НЕТ	ОТКАЗ	КОЛ-ВО БАЛЛОВ
10. Имеете ли Вы в настоящее время какие-либо проблемы с органами правопорядка, которые могут привести к лишению Вас свободы или необходимости уплатить штраф?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Если на вопросы 11 или 12 предоставлен ответ ИЛИ любой ответ, КРОМЕ "приют" в вопросе 13, "ДА", поставьте 1 балл.	ДА	НЕТ	ОТКАЗ	КОЛ-ВО БАЛЛОВ
11. Заставляет ли вас кто-нибудь силой или обманным путём делать то, чего вы не хотите?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Совершаете ли вы иногда какие-либо действия, сопряжённые с риском, например, занимаетесь сексом за деньги, незаконной поставкой наркотиков для кого-либо, не предохраняетесь при вступлении в половую связь с малознакомым человеком, пользуетесь иглой, которой пользуются другие, и т.д.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Я зачитаю список мест, где люди спят. Скажите мне, где вы спите чаще всего. (Отметить только один вариант ответа.)	<input type="checkbox"/> Приют для бездомных <input type="checkbox"/> Улица, тротуар, подъезд <input type="checkbox"/> Автомобиль, вэн, автофургон			

ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЭФФИЦИЕНТА УЯЗВИМОСТИ
И ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В ОБСЛУЖИВАНИИ (VI-SPDAT)
ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ, НЕ ИМЕЮЩИХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

	<input type="checkbox"/> Автобус или метро <input type="checkbox"/> пляж, русло реки или парк <input type="checkbox"/> Другое (УКАЖИТЕ): _____	
ОБЩИЙ БАЛЛ В РАЗДЕЛЕ "ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА"		

С. ОБЩЕНИЕ И ПОВСЕДНЕВНАЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ВОПРОСЫ				
Если на вопрос 14 предоставлен ответ "ДА" или на вопросы 15 или 16 предоставлены ответы "НЕТ", поставьте 1 балл.	ДА	НЕТ	ОТКАЗ	КОЛ-ВО БАЛЛОВ
14. Считает ли кто-нибудь, что вы должны ему/ей деньги?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Имеете ли вы постоянный источник дохода, например, работа по найму, социальное пособие/пенсия или даже работа без официального трудоустройства, или, может быть, вы роетесь в мусоре, собираете бутылки, занимаетесь сексом за деньги, выполняете случайную/поденную работу и т.д.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Хватает ли вам денег на оплату всех ваших ежемесячных расходов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Если на вопрос 17 предоставлен ответ "НЕТ", поставьте 1 балл.	ДА	НЕТ	ОТКАЗ	КОЛ-ВО БАЛЛОВ
17. Есть ли у вас ежедневно запланированные занятия, помимо простого выживания, приносящие вам радость и удовлетворение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Если на вопросы 18 или 19 предоставлен ответ "ДА", поставьте 1 балл.	ДА	НЕТ	ОТКАЗ	КОЛ-ВО БАЛЛОВ
18. Есть ли в вашей жизни друзья, родные или другие люди, с которыми вы общаетесь из-за удобства или по необходимости, хотя вы не любите находиться в их обществе?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Ваши друзья, родные или другие люди берут у вас деньги, курят ваши сигареты, пользуются вашими наркотиками, пьют ваше спиртное или заставляют вас делать то, чего вам не хочется делать?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ПРЕДОСТАВЬТЕ ОТВЕТ ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ ВАШИХ НАБЛЮДЕНИЙ. НЕ ЗАДАВАЙТЕ ВОПРОСА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОТВЕТА! ЕСЛИ на вопрос предоставлен ответ "ДА", поставьте 1 балл.	ДА	НЕТ		КОЛ-ВО БАЛЛОВ
20. Исследователь, проводящий интервью, вы заметили наличие признаков несоблюдения личной гигиены или отсутствия навыков повседневной жизнедеятельности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ОБЩИЙ БАЛЛ В РАЗДЕЛЕ "ОБЩЕНИЕ И ПОВСЕДНЕВНАЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ"				

D. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

ВОПРОСЫ				
Если не обращается за медицинской помощью, поставьте 1 балл.	ОТВЕТ			КОЛ-ВО БАЛЛОВ
21. Куда вы обычно обращаетесь за медицинской помощью, когда вы плохо себя чувствуете?	<input type="checkbox"/> Больница <input type="checkbox"/> Клиника <input type="checkbox"/> Мед. центр для ветеранов (VA) <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____ <input type="checkbox"/> Не обращается			
За КАЖДЫЙ ответ "ДА" на вопросы с 22 по 25 (заболевания) поставьте 1 балл.				
Имеете ли вы в настоящее время или имели ли вы в прошлом следующие заболевания, или говорил ли вам когда-нибудь врач, что у вас есть какие-либо из нижеперечисленных заболеваний?	ДА	НЕТ	ОТКАЗ	ЗАБОЛЕВАНИЯ
22. Почечная болезнь/терминальная стадия почечной недостаточности или необходимость диализа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. В прошлом - обморожение, гипотермия или траншейная стопа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Болезнь печени, цирроз или терминальная стадия болезни печени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. ВИЧ+/СПИД	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Если на любой из вопросов с 26 по 34 предоставлен ответ "ДА", поставьте "X" в колонке "Другие заболевания".	ДА	НЕТ	ОТКАЗ	ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
26. В прошлом - тепловой удар/тепловое истощение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Сердечная болезнь, аритмия или нарушение сердечного ритма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Эмфизема	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. Диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. Астма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. Рак	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. Гепатит С	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. Туберкулез	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ПРЕДОСТАВЬТЕ ОТВЕТ ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ ВАШИХ НАБЛЮДЕНИЙ. НЕ ЗАДАВАЙТЕ ВОПРОСА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОТВЕТА:	ДА	НЕТ		
34. Исследователь, проводящий интервью, вы заметили признаки или симптомы серьезного заболевания?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Если на вопросы с 35 по 41 предоставлен ответ "ДА", поставьте 1 балл в колонке "УПОТРЕБЛЕНИЕ СПИРТНОГО/НАРКОТИКОВ".	ДА	НЕТ	ОТКАЗ	УПОТРЕБЛЕНИЕ СПИРТНОГО/НАРКОТИКОВ
35. Вы когда-нибудь испытывали проблемы с наркотической или алкогольной зависимостью, злоупотребляли ими, или указывал ли вам кто-либо другой на наличие у вас этих проблем?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36. Употребляли ли вы спиртное и/или наркотики каждый или почти каждый день в течение последнего месяца?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37. В течение последних шести месяцев вводили ли вы наркотики внутривенно?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38. Вы когда-нибудь проходили лечение от наркотической/алкогольной зависимости, после которого снова начали употреблять спиртное/наркотики?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39. В течение последних шести месяцев употребляли ли вы микстуру от кашля, жидкость для полоскания рта, протирачный спирт, кулинарное вино и другие вещества, которые содержат спирт, но не являются спиртными напитками?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40. В течение последнего месяца вы теряли сознание в результате употребления спиртного или наркотиков?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ПРЕДОСТАВЬТЕ ОТВЕТ ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ ВАШИХ НАБЛЮДЕНИЙ. НЕ ЗАДАВАЙТЕ ВОПРОСА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОТВЕТА:	ДА	НЕТ		
41. Исследователь, проводящий интервью, вы заметили признаки или симптомы злоупотребления спиртного или наркотиков?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЭФФИЦИЕНТА УЯЗВИМОСТИ
И ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В ОБСЛУЖИВАНИИ (VI-SPDAT)
ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ, НЕ ИМЕЮЩИХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

Если на вопросы с 42 по 48 предоставлен ответ "ДА", поставьте 1 балл в колонке "ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ".	ДА	НЕТ	ОТКАЗ	ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
42. Отправляли ли вас когда-либо в больницу против вашей воли из-за проблемы, связанной с психическим здоровьем?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43. Обращались ли вы в отделение скорой помощи из-за плохого в эмоционального состояния или нервного расстройства?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44. В течение последних шести месяцев беседовали ли вы с психиатром, психологом или другим специалистом в области психиатрии по поводу проблем психики по своей инициативе или настоянию другого человека?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45. Получали ли вы серьёзную черепно-мозговую травму?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46. Ставили ли вас когда-либо в известность о том, что вы имеете пониженную обучаемость или нарушение развития?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
47. Испытываете ли вы трудности при концентрации внимания или запоминании информации?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ПРЕДОСТАВЬТЕ ОТВЕТ ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ ВАШИХ НАБЛЮДЕНИЙ. НЕ ЗАДАВАЙТЕ ВОПРОСА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОТВЕТА:	ДА	НЕТ		
48. Исследователь, проводящий интервью, вы заметили признаки или симптомы серьёзного, психического расстройства в устойчивой форме или сильного нарушения когнитивных функций?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<i>Если в разделе "Употребление спиртного/наркотиков" поставлен 1 балл И в разделе "Заболевания" - как минимум, 1 балл ИЛИ "X", поставьте дополнительный 1 балл в колонке "НАЛИЧИЕ ОДНОВРЕМЕННО ТРЁХ ЗАБОЛЕВАНИЙ".</i>				ТРИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОДНОВРЕМЕННО
Если на вопрос 49 предоставлен ответ "ДА", поставьте 1 балл.	ДА	НЕТ	ОТКАЗ	КОЛ-ВО БАЛЛОВ
49. Случалось ли так, что вы не принимали, продавали, теряли, не получали лекарства, назначенные врачом, или они были у вас украдены?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Если на вопрос 50 предоставлен ответ "ДА", поставьте 1 балл.	ДА	НЕТ	ОТКАЗ	КОЛ-ВО БАЛЛОВ
50. Да или нет - Были ли в вашей жизни эмоциональные, физические, психологические, сексуальные или иные виды насилия или травма, после которых вы не обращались за помощью и которые послужили причиной потери жилья?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ОБЩИЙ БАЛЛ ПО РАЗДЕЛУ "СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ"				

ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ

КАТЕГОРИЯ	ВСЕГО
A. НАЛИЧИЕ И ОТСУТСТВИЕ ЖИЛЬЯ В ПРОШЛОМ	
B. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА	
C. ОБЩЕНИЕ И ПОВСЕДНЕВНАЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	
D. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ	
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ	

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА

☞ Вы осуществляете уход за родителем или другим пожилым человеком в семье?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Отказывается сообщить

☞ Подвергаетесь ли вы прямой опасности?	☞ Причиняет ли вам вред другое лицо?	☞ Кем вам приходится лицо, причиняющее вам вред?	☞ Есть ли у вас безопасное место, где вы могли бы провести ночь вдали от этого человека?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Отказывается сообщить	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Отказывается сообщить	<input type="checkbox"/> Супруг (-а) <input type="checkbox"/> Бывший(-ая) супруг(а) <input type="checkbox"/> Сожитель <input type="checkbox"/> Бывший(-ая) сожитель(ница) <input type="checkbox"/> Лицо, с которым вы состоите в любовных отношениях <input type="checkbox"/> Лицо, с которым вы состояли в любовных отношениях	<input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Знакомый <input type="checkbox"/> Незнакомец <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Не знает
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Отказывается сообщить

☞ Считаете ли вы, что услуги, учитывающие особенности вашей культуры, помогут вам преодолеть трудности?	☞ Сталкивались ли вы или ваш ближайший родственник со случаями расовой дискриминации в семье?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Отказывается сообщить	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Отказывается сообщить

☞ Имеется ли у вас постоянная инвалидность, ограничивающая вашу подвижность? (Передвигаетесь ли вы в инвалидном кресле? Перенесли ли вы ампутацию? Отсутствует ли у вас возможность пользоваться лестницей и т.д.?)
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Отказывается сообщить

☞ ПРОВЕРЬТЕ ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ПОКОЛЕНИЯМИ	РЕЗУЛЬТАТ
Если респондент ухаживает за пожилым лицом/родителем, поставьте один (1) балл.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
☞ ПРОВЕРЬТЕ ОТНОШЕНИЯ С ЛИЦОМ, ПРИЧИНЯЮЩИМ ВРЕД	РЕЗУЛЬТАТ
Если респондент указывает на отношения с лицом, причиняющим вред, при ответе на вопросы, связанные с домашним насилием, поставьте один (1) балл.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
☞ ПРОВЕРЬТЕ ВОЗРАСТ, СПОСОБНОСТЬ ПЕРЕДВИГАТЬСЯ И НАЛИЧИЕ БЕРЕМЕННОСТИ	РЕЗУЛЬТАТ
Если возраст 50 или более лет, имеется беременность и/или физическая инвалидность, ограничивающая подвижность, поставьте один (1) балл.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
☞ ПРОВЕРЬТЕ ПОЛ КЛИЕНТА	РЕЗУЛЬТАТ
Если идентифицирует себя как "трансгендер М в Ж", "трансгендер Ж в М" или "ни мужчина, ни женщина, ни трансгендер", поставьте один (1) балл.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
☞ ПРОВЕРЬТЕ, МОГУТ ЛИ УСЛУГИ, УЧИТЫВАЮЩИЕ КУЛЬТУРНУЮ СПЕЦИФИКУ, ПОМОЧЬ В ПРЕОДОЛЕНИИ ТРУДНОСТЕЙ	РЕЗУЛЬТАТ
Если услуги, учитывающие культурную специфику, могут помочь преодолеть трудности, поставьте два (2) балла.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2

ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ УЯЗВИМОСТИ	
Введите общее количество баллов из предварительной анкеты VI-SPDAT (0 – 19)	
Введите общее количество дополнительных баллов (0 – 6)	
Сумма двух указанных выше значений составляет общий показатель уязвимости (0-25)	

ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЭФФИЦИЕНТА УЯЗВИМОСТИ
И ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В ОБСЛУЖИВАНИИ (VI-SPDAT)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ, НЕ ИМЕЮЩИХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

Мы почти закончили! Теперь я задам вам несколько вопросов, которые помогут определить наличие у Вас права на участие в конкретных программах и получение услуг, которые вам необходимы или которые вам хотелось бы получить. Эти вопросы не влияют на ваше общее право доступа к ресурсам в рамках Системы координированного доступа к социальным услугам для взрослых.

Среднемесячный доход семьи	\$				
Источник дохода	Да	Нет	Не получено	Частично	Сумма
Алименты или другая поддержка со стороны супруга (-и)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Пособие на ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Трудовой доход	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Общая помощь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Другое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Пенсия или пенсионный доход от другой работы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Индивидуальное страховое пособие в связи с потерей дееспособности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Пенсионный доход от программы социального обеспечения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Пособие по безработице	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Пенсия по инвалидности, не связанной со службой в ВС	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Пособие по инвалидности, связанной со службой в ВС	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Компенсация служащим, получившим травмы на работе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

<p>☞ Интересуют ли вас услуги, учитывающие культурные особенности лиц афроамериканского происхождения?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Отказ</p>	<p>☞ Интересуют ли вас услуги, учитывающие культурные особенности коренных американцев и коренных жителей Аляски?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Отказ</p>
<p>☞ Интересуют ли вас услуги, учитывающие культурные особенности иммигрантов и беженцев?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Отказ</p>	<p>☞ Интересуют ли вас услуги, учитывающие культурные особенности лиц испанского/мексиканского/латиноамериканского происхождения?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Отказ</p>

<p>☞ На чём следует сосредоточить внимание в процессе вашего обслуживания там, где вы будете жить?</p> <p><input type="checkbox"/> Психическое здоровье <input type="checkbox"/> Лечение наркотической/алкогольной зависимости <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Услуги для семей <input type="checkbox"/> Ни на чём <input type="checkbox"/> Отказ <input type="checkbox"/> Физическое здоровье <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____</p>

<p>☞ Проживали ли Вы или кто-либо из Ваших предков (включая родителей, опекунов, бабушек и дедушек) на севере или северо-востоке Портленда?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать</p>
--

<p>☞ Если «Да», подавали ли Вы заявку на получение доступного жилья в рамках городской программы приоритетного размещения?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать</p>

Если Вы ответили утвердительно на вопрос о проживании на севере или северо-востоке Портленда, но не подавали заявку в рамках городской программы приоритетного размещения для жителей северных и северо-восточных районов, обратитесь на горячую линию по вопросам приоритетного размещения жителей северных и северо-восточных районов по номеру: (503) 823-4147. Подача заявки по такой программе не отменяет приоритетное право домохозяйства на услуги координированного доступа к ресурсам. Данная программа – это инструмент, применяемый для сортировки списка кандидатов на получение жилья на севере и северо-востоке Портленда при финансовой поддержке городских властей.

ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЭФФИЦИЕНТА УЯЗВИМОСТИ
И ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В ОБСЛУЖИВАНИИ (VI-SPDAT)
ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ, НЕ ИМЕЮЩИХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

➔ Был ли вам когда-либо поставлен диагноз психического заболевания или расстройства?		➔ Вы хотите получать услуги психиатрической помощи по месту жительства?	
<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не знает	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не знает
<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Отказ	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Отказ
➔ Какое у вас медицинское страхование (если оно у вас есть)?			
<input type="checkbox"/> Medicaid (Oregon Health Plan)	<input type="checkbox"/> Частный план страхования	<input type="checkbox"/> Не знает	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Другой вид страхования	<input type="checkbox"/> Отказ	
<input type="checkbox"/> Программа страхования бывших военнослужащих VA Medical	<input type="checkbox"/> Нет медицинской страховки		

ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЭФФИЦИЕНТА УЯЗВИМОСТИ
И ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В ОБСЛУЖИВАНИИ (VI-SPDAT)
ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ, НЕ ИМЕЮЩИХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

➤ Имеет ли кто-либо в вашей семье диагноз нарушения развития, или считает ли кто-либо из членов вашей семьи, что у него/неё есть нарушение развития?	➤ Имеет ли кто-либо в вашей семье ВИЧ-положительный статус?
<i>Если да, то этот человек может получить право на жильё и другие услуги в Отделе услуг для лиц с нарушениями развития округа Малтнома. Номер телефона: (503) 988-6258</i>	<i>Если да, то этот человек может получить право на жильё для лиц с положительным статусом ВИЧ и участие в программе координации обслуживания в рамках проекта «Cascade AIDS» (CAP). Номер телефона: (503) 223-5907</i>
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Отказ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Отказ
➤ Применимо ли к вам следующее?	
<input type="checkbox"/> Задолженность хозяину <input type="checkbox"/> Выселение за последние 12 месяцев <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Задолженность программе «Home Forward» или другой программе по обеспечению жильём <input type="checkbox"/> Отказ	
➤ К каким другим агентствам или поставщикам услуг вы обращались (например, NARA, работник медико-социальной службы и т.д.)?	
➤ Нуждаетесь ли вы в приемлемом жилье согласно ADA (Закон о защите прав граждан США с инвалидностью?)	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Отказ	
Если да, поясните:	
➤ Нуждается ли клиент в приюте?	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> Отказ	

Некоторые из наших программ по предоставлению жилья в нашем сообществе ориентированы на восстановление, что означает запрет на употребление алкоголя и наркотиков и предоставление поддержки в процессе восстановления. Я хочу задать вам несколько вопросов относительно этого аспекта. Если эти вопросы вас не касаются, мы можем перейти к следующему разделу.

➤ При отрицательном ответе на любой из вопросов 1 – 3 ПРЕКРАТИТЕ опрос и перейдите к контактной информации. При ответе «ДА» следует продолжить.	ДА	НЕТ	НЕ ЗНАЮ	ОТКАЗ
1. Злоупотребляли ли вы наркотиками или алкоголем в прошлом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Находитесь ли вы в процессе восстановления?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Если бы у вас была такая возможность, были бы вы заинтересованы в полном отказе от употребления алкоголя и наркотиков, проживая в месте, в котором вам будет оказана поддержка в процессе восстановления и предоставлено социальное сопровождение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. В настоящее время вы проходите лечение от алко- или наркозависимости или полностью прошли такой курс в прошлом?				
а. Дата окончания участия в такой программе или запланированная дата окончания (приблизительно)	Дата: / /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Принимаете ли вы заместительную терапию для лечения вашей зависимости (например, метадон, бупренорфин, налтрексон и т.п.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Укажите дату последнего употребления наркотиков или алкоголя:	Дата: / /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Проходите ли вы в настоящее время лечение от зависимости, отличное от программы избавления от алко- и наркозависимости, или проходили ли такое лечение в прошлом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
а. Если да, укажите организацию.	Организация: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б. Дата окончания участия в такой программе или запланированная дата окончания (приблизительно).	Дата: / /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Если бы у вас была такая возможность, были бы вы заинтересованы в проживании в месте, в котором программа восстановления была бы сосредоточена на предоставлении возможностей трудоустройства?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ПРОХОЖДЕНИЕ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ

Задавайте эти вопросы, только если дан ответ «Да» на вопрос: «Вы когда-либо служили в вооруженных силах США?»

☞ Год поступления на военную службу		☞ Год увольнения с военной службы	
_____ / _____ / _____		_____ / _____ / _____	
☞ Войны/конфликты	<input type="checkbox"/> Вторая мировая война <input type="checkbox"/> Война в Корее <input type="checkbox"/> Война во Вьетнаме <input type="checkbox"/> Война в Персидском заливе <input type="checkbox"/> Афганистан <input type="checkbox"/> Операция «Иракская свобода» <input type="checkbox"/> Операция «Иракская заря» <input type="checkbox"/> Клиент не знает <input type="checkbox"/> Клиент отказался отвечать <input type="checkbox"/> Данные не собраны		
☞ Другие миротворческие операции или вооруженные вмешательства	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Клиент не знает <input type="checkbox"/> Клиент отказался отвечать <input type="checkbox"/> Данные не собраны		
☞ Род войск	<input type="checkbox"/> Сухопутные войска <input type="checkbox"/> Военно-воздушные силы <input type="checkbox"/> Военно-морские силы <input type="checkbox"/> Морская пехота <input type="checkbox"/> Береговая морская пограничная служба <input type="checkbox"/> Клиент не знает <input type="checkbox"/> Клиент отказался отвечать <input type="checkbox"/> Данные не собраны		
☞ Увольнение с военной службы	<input type="checkbox"/> С положительной характеристикой <input type="checkbox"/> Обычное с положительной формулировкой <input type="checkbox"/> Не с положительной, а с иной формулировкой (ОТН) <input type="checkbox"/> По дисциплинарным причинам <input type="checkbox"/> С лишением прав и привилегий <input type="checkbox"/> Без характеристики <input type="checkbox"/> Клиент не знает <input type="checkbox"/> Клиент отказался отвечать <input type="checkbox"/> Данные не собраны		
☞ Вас когда-либо призывали на действительную службу в составе Национальной гвардии или в качестве резервиста?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать		
☞ Получали ли вы какие-либо пособия от Управления по делам бывших военнослужащих?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

☞ Каким образом с вами можно связаться? (Каким способом, в какое время, где и т.д.)			
☐ Основной телефон:	() —	☐ Адрес электронной почты:	

Вам можно оставить сообщение?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	☐ Другие способы контакта:	
Вам можно послать СМС?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

Спасибо за то, что вы уделите время для ответов на вопросы этой анкеты вместе со мной. Вас поставят на очередь на получение жилья в рамках Системы координированного доступа к социальным услугам для взрослых. К сожалению, мы не можем сказать вам, когда подойдет ваша очередь, и не можем гарантировать вам предоставление услуг в рамках этой программы. Мы свяжемся с вами, используя для этого те контактные данные, которые вы нам предоставили, когда (и если) подойдет ваша очередь. Если ваши контактные данные или ваша ситуация изменятся, пожалуйста, сообщите нам об этом.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИНТЕРВЬЮЕРЕ

* Имя лица, проводившего интервью, и организация	* Телефон и/или адрес электронной почты лица, проводившего интервью
* Комментарии лица, проводившего интервью: как вы считаете, следует ли нам учесть какие-либо дополнительные аспекты ситуации этого человека, которые помогут нам в процессе определения его/ее приоритетов или объема необходимых ему/ей услуг?	

ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЭФФИЦИЕНТА УЯЗВИМОСТИ
И ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В ОБСЛУЖИВАНИИ (VI-SPDAT)
ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ, НЕ ИМЕЮЩИХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ