

**Indywidualny wskaźnik
ryzyka (vulnerability index)**

Wstęp

Różne programy mieszkaniowe w Chicago oferują różne formy wsparcia. Ten przegląd pomoże ustalić, który program mieszkaniowy będzie najlepiej pasował do Twoich potrzeb. Zadam pytania dotyczące takich rzeczy, jak Twoje kwestie zdrowotne. Niektóre pytania mają charakter osobisty i odpowiedź na nie może być trudna. Jeśli nie czujesz się komfortowo, odpowiadając na pytanie, poproś mnie o pominięcie go. Podane informacje zostaną wykorzystane do oceny kwalifikacji do programów mieszkaniowych i wymaganego poziomu usług interwencyjnych.

Jeśli którekolwiek z pytań jest mylące lub nie wiesz, jak odpowiedzieć, możesz poprosić o wyjaśnienie. Chętnie to zrobię.

To od Ciebie zależy, na ile szczerze będą twoje odpowiedzi tej ankiecie. Im uczciwszych udzielisz odpowiedzi, tym łatwiej znajdziemy odpowiadający Ci program mieszkaniowy i pomożemy w znalezieniu stabilnego mieszkania.

VI Pytania

Okres trwania bezdomności

1. Jaki jest łączny okres, licząc w dniach, od kiedy mieszkasz na ulicy lub w schronisku?

Niepełnosprawność i hospitalizacje

2. Pytanie to dotyczy niepełnosprawności, która oznacza każdy stan, który ogranicza zdolność do pracy lub wykonywania codziennych czynności. Niektóre przykłady obejmują zaburzenia wynikające z nadużywania substancji, poważną chorobę psychiczną, niepełnosprawność rozwojową lub przewlekłą chorobę fizyczną. **Czy zdiagnozowano u Ciebie niepełnosprawność?**

Tak _____
 Nie _____
 Klient nie wie _____
 Klient odmówił _____
 Dane nie zostały zebrane _____

Jeśli tak, proszę odpowiedzieć na pytanie 1a. W przypadku innej odpowiedzi przejdź do pytania 2.

2a. Jeśli tak, czy chciałbyś uzyskać pomoc w udostępnieniu dokumentacji medycznej wykonanej przez lekarza lub innego pracownika służby zdrowia na temat stanu niepełnosprawności?

Tak _____
 Nie _____

3. Ile razy byłeś/aś na izbie przyjęć w ciągu ostatnich trzech miesięcy?

4. Ile razy byłeś/aś hospitalizowany/a w szpitalu w ubiegłym roku?

Opieka zdrowotna

5. Czy masz, kiedykolwiek miałeś/aś lub czy pracownik opieki zdrowotnej kiedykolwiek poinformował Cię, że masz jedno z następujących schorzeń?

Choroba nerek/schyłkowa choroba nerek lub dializa

Tak___ Nie___ Klient nie wie_____ Klient odmówił ___ Dane nie zostały zebrane_____

Przypadki odmrożeń, hipotermii lub stopy okopowej

Tak___ Nie___ Klient nie wie_____ Klient odmówił ___ Dane nie zostały zebrane_____

Przypadki udaru cieplnego

Tak___ Nie___ Klient nie wie_____ Klient odmówił ___ Dane nie zostały zebrane_____

Choroba wątroby, marskość wątroby lub schorzenie wątroby w fazie końcowej

Tak___ Nie___ Klient nie wie_____ Klient odmówił ___ Dane nie zostały zebrane_____

Choroba serca, arytmia lub nieregularne bicie serca

Tak___ Nie___ Klient nie wie_____ Klient odmówił ___ Dane nie zostały zebrane_____

HIV lub AIDS

Tak___ Nie___ Klient nie wie_____ Klient odmówił ___ Dane nie zostały zebrane_____

Przewlekła obturacyjna choroba płuc

Tak___
Nie___ Klient nie wie_____ Klient odmówił ___ Dane nie zostały zebrane_____

Cukrzyca

Tak___ Nie___ Klient nie wie_____ Klient odmówił ___ Dane nie zostały zebrane_____

Astma

Tak___ Nie___ Klient nie wie_____ Klient odmówił ___ Dane nie zostały zebrane_____

Rak

Tak___ Nie___ Klient nie wie_____ Klient odmówił ___ Dane nie zostały zebrane_____

Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Tak___
Nie___ Klient nie wie_____ Klient odmówił ___ Dane nie zostały zebrane_____

Gruźlica

SKOORDYNOWANY SYSTEM WPROWADZANIA DANYCH CHICAGO –

Tak_____

Nie___Klient nie wie_____

Klient odmówił ___

Dane nie zostały
zebrane_____

Używanie substancji i zdrowie psychiczne

6. Czy kiedykolwiek nadużywałeś/aś narkotyków/alkoholu lub powiedziano Ci, że to robisz?

Tak_____

Nie___Klient nie wie_____

Klient odmówił ___

Dane nie zostały
zebrane_____

7. Czy spożywałeś/aś alkohol codziennie przez ostatni miesiąc?

Tak_____

Nie___Klient nie wie_____

Klient odmówił ___

Dane nie zostały
zebrane_____

8. Czy kiedykolwiek używałeś/aś narkotyków w formie zastrzyków?

Tak____ Nie__Klient nie wie_____ Klient odmówił __ Dane nie zostały zebrane_____

9. Czy kiedykolwiek byłeś/aś leczony/a z powodu nadużywania alkoholu lub narkotyków?

Tak____ Nie__Klient nie wie_____ Klient odmówił __ Dane nie zostały zebrane_____

10. Czy obecnie lub kiedykolwiek byłeś/aś poddany leczeniu z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym?

Tak____ Nie__Klient nie wie_____ Klient odmówił __ Dane nie zostały zebrane_____

11. Czy kiedykolwiek zostałeś/aś zabrany/a do szpitala wbrew swojej woli w związku z zaburzeniami o podłożu psychicznym?

Tak____ Nie__Klient nie wie_____ Klient odmówił __ Dane nie zostały zebrane_____