

پروگرام کا نام

شرکاء معلوماتی سروے

صرف ایڈمن کے استعمال کے واسطے: شرکاء کی آئی ڈی: سہولت فراہم کنندہ یا پروگرام عملے کو فارم کے اس پارٹ کو مکمل کرنا چاہیے اور حاضری فارم پر شریک کنندہ کے نام کے ساتھ ترتیب وار نمبر لگانا چاہیے۔
 ریاست کا مخفف: _____ (جیسے، NY, VA, وغیرہ)۔
 سائٹ کے مقام کا پہلا چار حروف: _____
 پروگرام کی ابتدائی تاریخ: _____ / _____ / _____ (جیسے 19/01/12)
 شرکاء کا نمبر: _____ (جیسے، 01، 02، 03، وغیرہ)

1. کیا آپ کے طبیب یا دیگر ہیلتھ کیئر فراہم کنندہ نے آپ کو اس پروگرام میں شرکت کا مشورہ دیا ہے؟
 ہاں نہیں
2. آج آپ کی عمر کتنی ہے؟ _____ سال
3. کیا آپ ہیں: مرد یا عورت؟
4. کیا آپ ہسپانوی، لاطینی، یا اسپینی نسل کے ہیں؟ ہاں نہیں
5. آپ کی نسل کیا ہے؟ قابل اطلاق سب پر نشان زد کریں۔
 ہندوستانی نژاد امریکی یا الاسکا باشندہ
 ایشیائی
 سیاہ فام افریقی امریکی
 ہوائی باشندہ یا دیگر پیسیفک جزیرہ باشندہ
 سفید
6. کیا آپ بھرے ہیں یا آپ کو سماعت میں شدید دشواری ہے؟ ہاں نہیں
7. کیا آپ نابینا ہیں یا چشمہ پہن کر بھی آپ کو دیکھنے میں شدید دشواری پیش آتی ہے؟
 ہاں نہیں
8. کیا آپ تنہا رہتے ہیں؟ ہاں نہیں
9. آپ نے اسکول کی جو تعلیم مکمل کی ہے اس میں سب سے زیادہ گریڈ کیا ہے اور یہ کس سال آیا تھا؟
 ابتدائی، مڈل، یا ہائی اسکول
 ہائی اسکول گریجویٹ یا جی ای ڈی
 اسکول یا تکنیکی اسکول
 کالج 4 سالہ یا اس سے زیادہ
10. کیا آپ نے فوج میں خدمت انجام دی ہے؟ ہاں نہیں

Active Choices Pre-Survey (Urdu) CCDPH Participant Information Form

Workshop ID#: _____

11. گزشتہ سالوں کے دوران، کیا آپ نے کسی دوست یا خاندان کو باقاعدہ دیکھ بھال یا مدد فراہم کی ہے؟
کوئی رکن جن کو طویل مدتی صحت کا مسئلہ یا معذوری درپیش ہو؟ ہاں نہیں

12. عمومی طور پر کیا آپ کہیں گے کہ آپ کی صحت کس طرح ہے:
 زبردست بہت اچھی اچھی ٹھیک خراب

13. کیا بہتہ فراہم کنندہ نے کبھی آپ کو بتایا ہے کہ آپ کو درج ذیل میں سے کوئی دائمی حالت ہے؟

نہیں	ہاں	نہیں	ہاں
		دائمی درد	اضطرابی بیماری
		گردہ کی بیماری	کولیسٹرول کی زیادتی
		آسٹیوپوروسس (ہڈیوں کی کثافت میں کمی)	دمہ/واتسفیتی/دیگر دائمی سانس لینے یا پھیپھڑے کی بیماری
		موٹاپا	کینسر یا کینسر سے بچنے والا
		شیزوفرینیا یا دیگر نفسیاتی عارضہ	ہائپرٹینشن (ہائی بلڈ پریشر)
		فالج	ڈپریشن
		گتھیا/جوڑ سے متعلق بیماری	ذیابیطس (ہائی بلڈ شوگر)
		دیگر کروئک کیفیت	قلبی مرض

14. جسمانی، ذہنی، یا جذباتی کیفیت کے باعث، کیا آپ:

- توجہ مرکوز کرنے، یاد رکھنے، یا فیصلے لینے میں شدید دشواری پیش آتی ہے؟
 ہاں نہیں
- تن تنہا کام کرنے میں دشواری لاحق ہے جیسے طبیب کے دفتر جانا یا خریداری کرنا؟
 ہاں نہیں

15. کیا آپ کو چلنے یا سیڑھیاں چڑھنے میں شدید دشواری پیش آتی ہے؟ ہاں نہیں

16. کیا آپ کو لباس زیب تن کرنے یا غسل کرنے میں دشواری پیش آتی ہے؟ ہاں نہیں

17. آپ کتنی دفعہ خود کو آس پاس کے لوگوں سے تنہا یا الگ تھلگ محسوس کرتے ہیں؟
 ہمیشہ اکثر کبھی کبھار شاذ و نادر کبھی نہیں

Active Choices Pre-Survey (Urdu) CCDPH Participant Information Form

Workshop ID#: _____

18. آپ کو کتنا یقین ہے کہ آپ اپنی کیفیت سنبھال سکتے ہیں تاکہ آپ وہ کام کر سکیں جس کو انجام دینے ضروری ہے یا دینا چاہتے ہیں؟

بالکل غیر یقینی ہے 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 پوری طرح یقینی ہے