

# Sekcja 75: Formularz monitorowania równości

Świadczenie/ program, z którego Państwo korzystają, jest finansowany przez Agencję Zdrowia Publicznego (PHA). Zbieranie tych informacji jest ważne, ponieważ pomagają nam one w ulepszaniu naszych świadczeń, promowaniu równości i szeroko pojętej różnorodności.

Aby pomóc nam to osiągnąć, bardzo prosimy wypełnić poniższy formularz monitorowania równości.

## 1. Jaka jest Twoja płeć?

Kobieta

Mężczyzna

Inna (proszę określić) \_\_\_\_\_

## 2. Czy płeć, z którą się identyfikujesz jest taka sama jak płeć zarejestrowana przy urodzeniu?

Tak  Nie  (wpisz tożsamość płciową) \_\_\_\_\_

Wolę nie mówić

## 3. Kraj urodzenia?

Irlandia

Anglia

Republika Irlandii

Północna

Szkocja

Walia

Wolę nie mówić

Inny (proszę podać) \_\_\_\_\_

## 4. Jakie jest Twoje pochodzenie etniczne?

Białe

Czarne

Czarne inne

afrykańskie

Chińskie

Filipińskie

Hinduskie

Irlandzka

Romskie

społeczność

Traveller

Mieszana grupa etniczna  (proszę określić)

\_\_\_\_\_

Inna grupa etniczna (proszę określić) \_\_\_\_\_

Wolę nie mówić  \_\_\_\_\_

## 5. Niepełnosprawność

Zgodnie z ustawą o dyskryminacji osób niepełnosprawnych z 1995 roku, niepełnosprawność definiuje się jako upośledzenie fizyczne lub psychiczne, które ma istotny i długotrwały wpływ na zdolność danej osoby do wykonywania normalnych codziennych czynności.

Czy w myśl tej definicji uważasz się za osobę niepełnosprawną?

Tak

Nie

Wolę nie mówić

**5a. Jeśli tak, proszę wskazać rodzaj upośledzenia funkcjonowania. Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi**

Upośledzenie fizyczne, np. trudności podczas poruszania rękami lub konieczność korzystania z wózka inwalidzkiego lub kul

Upośledzenie zmysłów, np. ślepota/ zaburzenia wzroku lub głuchota/ niedosłyszenie

Choroby psychiczne, np. depresja lub schizofrenia

Spektrum zaburzeń autystycznych; Dysleksja; Zaburzenia poznawcze;

Niepełnosprawność umysłowa

Długotrwała choroba, taka jak rak, HIV, cukrzyca, przewlekła choroba serca lub epilepsja

Inne (proszę określić) \_\_\_\_\_

Wolę nie mówić

## 6. Jak opisałbyś swoją orientację seksualną?

Biseksualny/a

Gej

Heteroseksualny/a

Lesbijką

Wolę nie mówić

Inne (proszę określić) \_\_\_\_\_

## 7. Czy jesteś odpowiedzialny za opiekę nad inną osobą? (Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi)

Dziecko (dzieci) poniżej 18 roku życia

Starsza osoba

Osoba niepełnosprawna

Brak

Wolę nie mówić

## 8. Proszę podać swoje wyznanie:

