

# Secção 75: Formulário de Análise da Igualdade

Este serviço / programa que está a frequentar é financiado pela Public Health Agency (PHA). A recolha desta informação é importante, pois vai permitir-nos melhorar os nossos serviços, promover a igualdade e atender à diversidade no seu sentido mais amplo.

Para ajudar-nos a alcançar isto, agradecemos que preenchesse este Formulário de Análise da Igualdade, onde poderá registar as suas respostas.

## 1. Qual é o seu sexo?

Feminino                       Masculino                       Outro (especifique) \_\_\_\_\_

## 2. O género com o qual se identifica corresponde ao sexo que lhe foi registado à nascença?

Sim  Não  (escreva a sua identidade de género) \_\_\_\_\_

Prefiro não dizer

## 3. Qual é o seu país de origem?

Irlanda do Norte                       Inglaterra                       República da Irlanda

Escócia                       País de Gales                       Prefiro não dizer

Outro (diga-nos qual) \_\_\_\_\_

## 4. Qual é o seu grupo étnico?

Branco                       Negro Africano                       Outro Negro

Chinês                       Filipino                       Indiano

Viajante Irlandês                       Cigano

Etnia Mista  (especifique) \_\_\_\_\_

Outro Grupo Étnico (especifique) \_\_\_\_\_

Prefiro não dizer  \_\_\_\_\_

## 5. Deficiência

**De acordo com a Lei contra a Discriminação por Deficiência de 1995, podemos definir deficiência como uma incapacidade física ou mental que afeta, substancialmente e a longo prazo, a capacidade de uma pessoa para desempenhar tarefas normais do dia-a-dia.**

Segundo esta definição, considera-se uma pessoa portadora de deficiência?

Sim

Não

Prefiro não dizer

**5a. Se sim, indique qual(is) o(s) tipo(s) de deficiência que se aplica(m) a si. Assinale todos os que se aplicam.**

Deficiência física (por exemplo, dificuldade em usar os braços ou necessidade de cadeira de rodas ou canadianas)

Deficiência sensorial, tal como uma incapacidade visual (cegueira) ou auditiva (surdez)

Problema de saúde mental, como uma depressão ou esquizofrenia

Perturbação do Espetro do Autismo; Dislexia; Disfunção Cognitiva; Dificuldade de Aprendizagem

Doença crónica, tal como cancro, HIV, diabetes, doença cardíaca ou epilepsia

Outra (especifique) \_\_\_\_\_

Prefiro não dizer

## **6. Como descreveria a sua Orientação Sexual?**

Bissexual

Gay

Heterossexual

Lésbica

Prefiro não dizer

Outra (especifique) \_\_\_\_\_

## **7. Como descreveria as suas responsabilidades enquanto cuidador? (Assinale todas as que se aplicam)**

Menores de idade

Idoso(s)

Pessoa com deficiência

Nenhumas

Prefiro não dizer

## **8. Indique a sua religião:**

Budista

Católica

Hindu

Judaica

Muçulmana

Protestante

Sikh

Prefiro não dizer

Sem religião

Outra (especifique) \_\_\_\_\_

## **9. Indique o seu estado civil:**

União de Facto  Divorciado(a)/União Civil Dissolvida   
Casado(a)/União Civil  Separado(a)   
Solteiro(a)  Viúvo(a)   
Prefiro não dizer  Outro (especifique) \_\_\_\_\_

### 10. Como descreveria a sua convicção política?

Maioritariamente Nacionalista  Maioritariamente Unionista  Prefiro não dizer

Outra (especifique) \_\_\_\_\_

### 11. Que idade tinha no seu último aniversário?

17-24  25-34  35-44   
45-54  55-64  65-74   
75+

Todas as respostas a este questionário serão tratadas segundo os princípios da confidencialidade e anonimidade.

As informações resultantes desta análise serão utilizadas apenas para fins estatísticos, cujos resumos serão fornecidos à PHA.

Nenhuma informação suscetível de o identificar será disponibilizada sob qualquer forma.

**Todas as respostas são processadas de acordo com as obrigações sólidas e rigorosas de proteção de dados atualmente em vigor.**

**Obrigado por ter preenchido este formulário.**