

## Розділ 75: Форма моніторингу рівності

Ця послуга / програма, в якій Ви приймаєте участь, фінансується Агентством охорони здоров'я населення (Public Health Agency (PHA)). Збір цієї інформації є важливим, оскільки він допомагає нам покращувати наші послуги, сприяти рівності та різнокультурному співіснуванню в широкому сенсі.

Ви можете допомогти нам досягнути цього, заповнивши наведену нижче форму моніторингу рівності і ми будемо вдячні за надання відповідей на наші запитання.

### 1. Ваша стать?

Жіноча                       Чоловіча                       Інша (будь ласка, вкажіть) \_\_\_\_\_

### 2. Чи збігається Ваша гендерна ідентичність із зареєстрованою при народженні статтю?

Так                       Ні  (вкажіть гендерну ідентичність) \_\_\_\_\_

Не бажаю відповідати

### 3. Ваша країна народження?

Північна Ірландія                       Англія                       Республіка Ірландія

Шотландія                       Уельс                       Не бажаю відповідати

Інша (будь ласка, вкажіть) \_\_\_\_\_

### 4. Ваша етнічна група?

Білі                       Темношкірі                       Темношкірі іншого

африканського походження

Китайці                       Філіппінці                       Індійці

Ірландські пейві                       Роми

Змішана етнічна група  (будь ласка, вкажіть) \_\_\_\_\_

Інша етнічна група (будь ласка, вкажіть) \_\_\_\_\_

Не бажаю відповідати  \_\_\_\_\_

### 5. Інвалідність

**Відповідно до Закону «Про дискримінацію інвалідів» 1995 року, інвалідність визначається як фізичне або психічне порушення, яке має значний і довготривалий вплив на здатність людини виконувати звичайні повсякденні дії.**

Згідно з цим визначенням, чи вважаєте Ви себе такою особою, яка має інвалідність?

Так

Ні

Не бажаю відповідати

**5а. Якщо так, будь ласка, вкажіть, які саме порушення стосуються Вас. Будь ласка, позначте всі варіанти, що Вам підходять**

Фізичні порушення, напр. труднощі з використанням рук або потреба в інвалідному візку чи милицях

Сенсорні порушення, такі як сліпота/порушення зору або глухота/порушення слуху

Розлад психічного здоров'я, напр. депресія або шизофренія

Розлад аутистичного спектра; Дислексія; Когнітивні порушення; Розлади навчання

Тривала хвороба, така як рак, ВІЛ, діабет, хронічне захворювання серця або епілепсія

Інше (будь ласка, вкажіть) \_\_\_\_\_

Не бажаю відповідати

**6. Як би Ви описали свою сексуальну орієнтацію?**

Бісексуал

Гей

Гетеросексуал

Лесбіянка

Не бажаю відповідати  Інше (будь ласка, вкажіть) \_\_\_\_\_

**7. Чи доглядаєте Ви за кимось? (Будь ласка, позначте всі варіанти, що Вам підходять)**

Дитина (діти) до 18

Літня людина

Людина з інвалідністю

Ні  Не бажаю відповідати

**8. Будь ласка, вкажіть до якої релігії Ви належите:**

Буддист  Католик  Індуїст   
Іудей  Мусульманин  Протестант   
Сикх  Не бажаю відповідати  Жодна з перерахованих   
Інше (будь ласка, вкажіть) \_\_\_\_\_

**9. Будь ласка, вкажіть Ваш сімейний стан:**

Проживаємо разом  Розлучений / Розірване цивільне партнерство   
Заміжня/Одружений  Відокремлені   
/Цивільне партнерство  
Незаміжня/Неодружений  Вдова/Вдівець   
Не бажаю відповідати  Інше (будь ласка, вкажіть) \_\_\_\_\_

**10. Ваші політичні погляди?**

Націоналіст  Юніоніст  Не бажаю відповідати   
Інше (будь ласка, вкажіть) \_\_\_\_\_

**11. Ваш вік?**

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

Усі відповіді даного опитування розглядатимуться з дотриманням принципів конфіденційності та анонімності. Використання цієї моніторингової інформації включатиме лише статистичні підсумки, які будуть надані РНА. Жодна інформація, яка могла б бути використана для Вашої ідентифікації, не буде доступна жодним чином.

**Усі відповіді обробляються згідно з суворим дотриманням передбачених чинним законодавством зобов'язань щодо захисту даних.**

**Дякуємо, що заповнили цю форму.**