(Insert Project/grantee logo here)

# 参与者问卷调查

我们代表我们的资助者纽约州发育障碍委员会 (Council on Developmental Disabilities, CDD) 收集以下信息，并将这些信息用于为纽约州发育障碍人士及其家庭制定未来计划。我们收集的统计数据将用于确定委员会如何更好地为服务资源欠缺社区提供帮助。参与本问卷调查纯属自愿，如果不愿意，可以不填写。问卷调查参与者的姓名将予以保密。所有答案均应由问卷调查参与者本人提供。

感谢您的参与。

---

**请在下方分享有关您个人的更多信息。**

1. 您是否是：（勾选一项）

☐ 发育障碍 (Developmental Disability, DD) 人士
☐ DD 人士的家属或照顾者
☐ 其他

2. 以下哪项最能描述您的种族/民族？（勾选一项）

☐ 白人/高加索人
☐ 黑人/非裔美国人
☐ 美洲印第安人/阿拉斯加原住民
☐ 西班牙裔/拉丁裔
☐ 亚裔/南亚裔
☐ 夏威夷原住民/太平洋岛民
☐ 两个或多个种族
☐ 种族未知
☐ 不愿回答

3. 您的当前性别是什么？

☐ 男性
☐ 女性
☐ 非二元性别
☐ X 性别
☐ 双灵*
☐ 我使用其他术语：_____
☐ 不愿回答。

* 仅当参与者将其种族选择为美洲印第安人/阿拉斯加原住民 (American Indian/Alaskan Native, AIAN) 时，才提供“双灵”选项，并且可以在电子问卷调查中使用跳题逻辑。请勿在纸质问卷调查中提供“双灵”作为回答。

4. 您是否认为自己是跨性别者？
☐ 是
☐ 否
☐ 不愿回答。

5. 性取向：以下哪项最能描述您对自己的看法？[选择一项]：

☐ 女同性恋或男同性恋
☐ 异性恋（即非同性恋）
☐ 双性恋
☐ 双灵*
☐ 我使用其他术语：_____
☐ 不知道。
☐ 不愿回答。

* 仅当参与者将其种族/民族选择为美洲印第安人/阿拉斯加原住民 (AIAN) 时，才提供“双灵”选项，并且可以在电子问卷调查中使用跳题逻辑。请勿在纸质问卷调查中提供“双灵”作为回答。

6. 以下哪项最能描述您所居住的地区？

☐ 城市/郊区

☐ 农村

(Insert Project/grantee logo here)

请回答下方问题，分享您参与**[name of event]**的想法。

7. 您对**[name of event]**是否满意？

☐ 是

☐ 否

8. 您是否觉得参与**[name of event]**让您的权益倡导能力有所提高？

☐ 是

☐ 否

9. 您目前是否因之前参与**[name of event]**而参与任何权益倡导活动？

☐ 是

☐ 否

10. 参与**[name of event]**之后，您是否能更好地表达您的需求或者您所关注的重点？

☐ 是

☐ 否

11. 您当前是否担任任何领导职务？（例如在任何联盟、政策委员会、咨询委员会任职）

☐ 是

☐ 否

12. 关于参与**[name of event]**，您有哪些想法或经历想要分享？

13. 请在下方分享您对**[name of event]**的未来改进建议：