

1 Име/ код на интервюиращия

2 Име/ код на клиента

3 Възраст

4 Пол

5 Дата

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Жена	Мъж	Д	д	М	м	Г	г
----------------------	----------------------	----------------------	------	-----	---	---	---	---	---	---

Инструкции и обяснения на формата

Попълвайте белите полета във формата. По-горе попълване вашето име/код, име/код, възраст, пол на клиента и дата.

Кодове	Оценка на интервюиращия										
	Област	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Не/ Никой (0) Въведете "0" за всички отговори "не" или "никой".	B										
Незнам (X) Ако е ясно, че клиентът не може да разбере или няма да отговори на определен въпрос, въведете "X" в полето за отговор.	C										
Неприложим (N) Има две причини за да се въведе код N: 1 Последователни въпроси. Отговорът зависи от отговора на клиента на предходния въпрос. 2 Последващи въпроси. Отговорът зависи от отговор на клиента на предишен въпрос. За повече информация виж ръководството.	D										
	E										
	F										
	G										
	H										

Оценъчна скала на клиента		Оценъчна скала на интервюиращия	
0	Никак / въобще	0-1	Няма реален проблем/ нужда от помощ
1	Малко	2-3	Лек проблем/ нужда от помощ
2	Умерено	4-5	Умерен проблем/ нужда от помощ
3	Много	6-7	Значителен проблем / нужда от помощ
		8-9	Крайно сериозен проблем/ нужда от помощ

6	Държава/ Код <input type="text"/>	A1a	Дата на раждане <input type="text"/>
7	Програма/ Код <input type="text"/>	A1b	Възраст <input type="text"/>
8	Дата на приемане <input type="text"/>	A2	Пол: 1 = Мъж 2 = Жена <input type="text"/>
9	Времева рамка на интервюто: 1 = Преди датата на интервюто 2 = Преди датата на приемане <input type="text"/> 3 = Преди друга дата <input type="text"/>	A3	Родна страна
Незадължителна информация		a	Клиент <input type="text"/>
Име <input type="text"/>		b	Майка (биологична) <input type="text"/>
Телефон <input type="text"/>		c	Баща (биологичен) <input type="text"/>
Мобилен тел. <input type="text"/>		A4	Религиозно предпочитание: 1 = Протестант 2 = Католик 3 = Евреин 4 = Мюсюлманин 5 = Друго, уточнете <input type="text"/> 6 = Няма
Адрес <input type="text"/>		A5	Брачен статус: 1 = Неженен/ неомъжена 2 = Женен/ Омъжена/ Живее с партньор 3 = Разделен/ а 4 = Разведен/ а 5 = Вдoveц/ вдовица
Град <input type="text"/>		Бележки	
Област <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Пощенски код <input type="text"/>		<input type="text"/>	
E-mail <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Училище <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Клас <input type="text"/>		<input type="text"/>	



Име/ код на клиента

5 Дата

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

В Семейство

Коментари

Въпросите по-долу се отнасят до биологичните родители/осиновители

B1 Вашата биологична майка/ майка-осиновители жива ли е?
0 = Не 1 = Да

B2 Вашият биологичен баща/ баща осиновители жив ли е?
0 = Не 1 = Да

B3 Понастоящем родителите Ви живеят ли заедно?
0 = Не, никога не са живели заедно 1 = Да 2 = Не, разделени/разведени са

B4 С какво се занимават понастоящем Вашите родители?(използвайте кодовете по-долу)

a Майка

b Баща

1 = Работи 6 = Временно е неработоспособен/на
2 = Безработен/на 7 = Постоянно неработоспособен/на
3 = Учи 8 = Пенсиониран/а
4 = Получава соц. помощи 9 = Друго
5 = В затвора е

B5 С кого живеете? (използвайте кодовете по-долу)

a Понастоящем (последните 30 дни)

b През последната година

c През живота

1 = С двамата си биологични родители/ осиновители
2 = Майка и втори баща/родителска фигура
3 = Само с майка
4 = Баща и втора майка/родителска фигура
5 = Само с баща
6 = Съвместно попечителство
7 = С дядо и баба/ други роднини
8 = Приемно семейство
9 = С група (групов дом, училище-интернат и т.н.)
10 = В контролирана среда (резиденциална програма, психиатрична болница, затвор)
11 = С приятели
12 = С приятел/ка, съпруг/а, партньор
13 = Сам/а
14 = Друго, уточнете

B6 Колко сте удовлетворени от начина по който живеете понастоящем?
Използвайте оценъчната скала на клиента

B7 Колко братя/сестри имате?

B8 Някой от вашето семейство има ли:

0 = Не, 1 = Да, 2 = Не знам		Майка		Баща		[5] Братя/ сестри
		[1] Био	[2] Фигура	[3] Био	[4] Фигура	
a	Болест/ Инвалидност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Психиатричен проблем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Алкохолен проблем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Проблем с наркотици	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Криминален проблем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B9 Колко пъти през живота си сте сменяли местоживеенето си?
(с или без семейството си)

B10 Колко пъти сте бягали от вкъщи? (ако въобще сте го правили)

Оценъчна скала
на клиента:

0 = Никак/ Въобще

1 = Малко

2 = Умерено

3 = Много



2 Име/ код на клиента

5 Дата

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

Следващите въпроси се отнасят до семейството, с което сте живели през последната година (B5b). Използвайте оценъчната скала на клиента

Коментари

B11 Колко добре се разбирате с хората, с които живеете?

a Майка/ Майчинска фигура

b Баща/ бащинска фигура

c Сестра (и)

d Брат (я)

e Други хора от семейството ви

B12 Колко спорите/ крещите във Вашето семейство?

B13 Колко се биете/удряте във Вашето семейство?

B14 През последните 30 дни колко често сте:

a Вечеряли с членовете на Вашето семейство

b Вършили домакинска работа

c Имали сбивания с членовете на Вашето семейство

d Заблуждавали/ лъгали другите членове от семейството

e Крали или взимали вещи на някой от Вашето семейство

ВЪПРОСИТЕ ОТ B15 ДО B18 СЕ ОТНАСЯТ ДО "РОДИТЕЛСКИТЕ ФИГУРИ".

Използвайте оценъчната скала на клиента

Mother

Father

B15 Колко трудно Ви се струва да разговаряте с майка си/ баща си за нещата, които Ви безпокоят?

B16 Колко близките с (М/Б)?

B17 Доколко според вас можете да се доверите/ да вярвате на това което вашата/ят (М/Б) Ви казва?

B18 Колко Вашата/ят (М/Б) Ви обвинява, критикува, унижава или Ви се кара?

B19 Семейството Ви получава ли помощ за проблеми от социалните служби?
0 = Не 1 = Да

B20 Моля, кажете ни, ако има нещо друго в тази област, независимо дали е добро или лошо, което смятате, че е важно.

B21 През колко от последните 30 дни сте имали някакви семейни проблеми?

B22 Колко важно е за Вас сега да получите помощ за някакви семейни проблеми?
Използвайте оценъчната скала на клиента

Оценъчна скала на клиента:

0 = Никак/ Въобще

1 = Малко

2 = Умерено

3 = Много



2 Име/ код на клиента

5 Дата

Д	Д	М	М	Г	Г
---	---	---	---	---	---

С Училище

Коментари

C1a Коя от следните ситуации най-добре описва актуалното Ви положение?

(За юношите, които са в лятна ваканция се отбелязва “все още ходи на училище”)

1 = Все още ходите на училище
 2 = В обучителна програма сте
 3 = В лечение/ интернат сте
 4 = Работите
 5 = Участвате в други структурирани дневни дейности
 6 = Не сте включени в никаква форма на структурирани дневни дейности
 7 = Друго (моля опишете)

C1b Ако отговорът Ви не е 1 = Все още ходите на училище, как приключихте?

1 = Завършихте училище
 2 = Престанахте да ходите на училище/ отпаднахте от училище
 3 = Не Ви е позволено да ходите на училище
 4 = Друго (моля опишете)

C2 Колко години сте изкарали и завършили в училище?

(Училищно образование = 12 години)

C3 Някога посещавали ли сте:

a Специални часове? 0 = Не 1 = Да

b Специални училища? 0 = Не 1 = Да

C4 Някога повтаряли ли сте клас в училище? 0 = Не 1 = Да

C5 Някога пропускали ли сте учебна година? 0 = Не 1 = Да

C6a Някога били ли сте отстранявани от училище? 0 = Не 1 = Да

C6b Ако отговорът на ба е “да”, колко пъти?

C7 Случвало ли ви се е някога да бъдете изключен от училище/ да са ви местили в друго училище поради проблеми с дисциплината? 0 = Не 1 = Да

C8 Какви бяха оценките Ви през последната Ви година в училище?
 1 = Под средните 2 = Средни 3 = Над средните

C9a Някога казал ли Ви е училищен консултант или доктор, че имате СДВХ или друг проблем с вниманието? 0 = Не 1 = Да

C9b Ако отговорът на 9a е “да”, до каква степен мислите, че този проблем ви Пречи да се справяте добре в училище?
 Използвайте оценъчната скала на клиента

АКО ПОНАСТОЯЩЕМ НЕ СТЕ УЧЕНИК -> ПРЕМИНЕТЕ ДИРИКТНО КЪМ ВЪПРОС C15

C10 През колко от последните 30 дни сте пропускали часове или сте бягали от училище?

C11 Доколко сте притеснени дали се справяте добре в училище?
 Използвайте оценъчната скала на клиента

C12a Взимате ли частни уроци/ получавате ли помощ, за да подготвите домашните си? 0 = Не 1 = Да

C12b Ако отговорът на 12a е “не”, бихте ли искали да получавате Помощ, за да подготвите домашните си? 0 = Не 1 = Да

C13 Има ли учител или друг възрастен от Вашето училище, който според Вас ви слуша, когато искате да кажете нещо? 0 = Не 1 = Да

C14 Участвали ли сте в извънкласни учебни дейности през последната учебна година? (извън задължителните часове) 0 = Не 1 = Да

Оценъчна скала
на клиента:

0 = Никак/ Въобще

1 = Малко

2 = Умерено

3 = Много



2 Име/ код на клиента

5 Дата

Д	Д	М	М	Г	Г
---	---	---	---	---	---

Е Психологически статус

Коментари

E1	Колко пъти сте се лекували или консултирали за емоционални или психологически проблеми? (брой на леченията, а не брой на сесиите/ посещенията)		
a	Извънболнично или като частен клиент/пациент	<input type="text"/>	
b	В болница/ отворена резиденциална програма	<input type="text"/>	
c	В затворена резиденциална програма	<input type="text"/>	
E2	По-долу са изброени някои чувства и състояния, които младите хора понякога преживяват. Кой от тях описват вашите актуални чувства и мисли (последните 30 дни)?	0 = No 1 = Yes	
a	Чувствате се много притеснен/а	<input type="checkbox"/>	
b	Чувствате се тъжен/на или депресиран/а	<input type="checkbox"/>	
c	Чувствате се много тревожен/на или неспокоен/йна	<input type="checkbox"/>	
d	Лесно се разстройвате за малки неща	<input type="checkbox"/>	
e	Разбирате собствените си настроения и чувства	<input type="checkbox"/>	
f	Страхувате се да не загубите самоконтрол	<input type="checkbox"/>	
g	Изпитвате желание да се нараните или да си причините болка	<input type="checkbox"/>	
h	Имате чувството, че нещо не е наред с разсъдъка Ви	<input type="checkbox"/>	
i	Чувствате се безполезен/на	<input type="checkbox"/>	
j	Срамувате се от себе си	<input type="checkbox"/>	
k	Ядосвате се на неща, които не можете да контролирате	<input type="checkbox"/>	
l	В главата Ви идват шури идеи	<input type="checkbox"/>	
m	Страхувате се, че можете да нараните някого	<input type="checkbox"/>	
n	Изпитвате чувство на безнадеждност относно бъдещето.	<input type="checkbox"/>	
o	Мислите за това да сложите край на живота си	<input type="checkbox"/>	
p	Смятате, че хората са настроени срещу вас/ не могат да ви разберат	<input type="checkbox"/>	
q	Разбирате как се чувстват другите хора	<input type="checkbox"/>	
r	Струва Ви се, че нещата не са реални	<input type="checkbox"/>	
s	Чувствате се абсолютно сам/а	<input type="checkbox"/>	
t	Чувствате се насилван или унижаван от другите	<input type="checkbox"/>	
u	Чувствате, че можете да правите повечето неща, ако опитате	<input type="checkbox"/>	

Оценъчна скала на клиента: 0 = Никак/ Въобще 1 = Малко 2 = Умерено 3 = Много



2 Име/ код на клиента

5 Дата

Д	Д	М	М	Г	Г
---	---	---	---	---	---

F Социален статус

Коментари

F1	Имате ли приятел, с когото можете да говорите, когато имате проблем? 0 = Не 1 = Да	<input type="checkbox"/>
F2	Колко наистина близки приятели имате?	<input type="checkbox"/>
F3	Освен вкъщи или в училище, има ли някой друг възрастен, който е истински загрижен за Вас? 0 = Не 1 = Да	<input type="checkbox"/>
F4	От петима приятели, които познавате най-добре, колко: (F4x. Ако нямате петима приятели, колко имате)	<input type="checkbox"/>
a	Са имали проблеми с полицията	<input type="checkbox"/>
b	Употребяват редовно алкохол и/или наркотици	<input type="checkbox"/>
c	Са прекъснали училище преди да завършат	<input type="checkbox"/>
d	Имат проблеми в училище	<input type="checkbox"/>
e	Се справят добре в училище	<input type="checkbox"/>
f	Родителите Ви познават	<input type="checkbox"/>
F5	Принадлежите ли към банда? 0 = Не 1 = Да	<input type="checkbox"/>
F6	През колко от последните 30 дни сте участвали в някоя от следните дейности?	<input type="checkbox"/>
a	Спортни дейности	<input type="checkbox"/>
b	Структурирани групови дейности (напр. извън училищни клубове по интереси)	<input type="checkbox"/>
c	Уроци (напр. по танци, музика, актьорско майсторство)	<input type="checkbox"/>
d	Религиозни дейности/ служби	<input type="checkbox"/>
e	Излизане в клубове/барове	<input type="checkbox"/>
f	“Парти” вкъщи, в къщата на някой друг или навън	<input type="checkbox"/>
g	Размотаване (в Мол, по магазините или около училище)	<input type="checkbox"/>
h	Насилване или тормоз на други хора	<input type="checkbox"/>
i	Участие в бой	<input type="checkbox"/>
j	Умишлено увреждане на чуждо имущество	<input type="checkbox"/>
F7	Колко удовлетворен/а сте от социалния си живот? Използвайте оценъчната скала на клиента	<input type="checkbox"/>
F8	Каква е сексуалната Ви ориентация? 1 = Хетеросексуален 4 = Лесбийка 2 = Бисексуален 5 = С неуточнена сексуална ориентация 3 = Гей	<input type="checkbox"/>
F9a	Колко гаджета сте имали през последната година?	<input type="checkbox"/>
F9b	В момента имате ли приятел/ приятелка? 0 = Не 1 = Да	<input type="checkbox"/>

АКО СТЕ ОТГОВОРИЛИ С “НЕ” НА F9b, ПРЕМИНЕТЕ ДИРЕКТНО КЪМ F13

F10	Родителите ви виждат ли някакви проблеми или притесняват ли се за тази връзка? 0 = Не 1 = Да 2 = Те не знаят	<input type="checkbox"/>
F11	Колко удовлетворен/а сте от Вашата връзка? Използвайте оценъчната скала на клиента	<input type="checkbox"/>
F12	Настоящия ви приятел/ка: 0 = Не 1 = Да 2 = Не зная	<input type="checkbox"/>
a	Пие ли алкохол?	<input type="checkbox"/>
b	Употребява ли наркотици?	<input type="checkbox"/>

Оценъчна скала на клиента: 0 = Никак/ Въобще 1 = Малко 2 = Умерено 3 = Много



2 Име/ код на клиента

5 Дата

д	д	м	м	г	г

F13 През колко от последните 30 дни сте имали сериозни проблеми с:
(изключете семейство и училище)

a Вашия приятел/ приятелка

b Други близки приятели

c Други хора

F14 Моля, кажете ни, ако има нещо друго в тази област, независимо дали е добро или лошо, което смятате, че е важно.

F15 През колко от последните 30 дни сте имали някакви социални проблеми?

F16 Колко важно е за Вас сега да получите помощ за социални проблеми?
Използвайте оценъчната скала на клиента

Коментари

Оценъчна скала на клиента: **0 = Никак/ Въобще** **1 = Малко** **2 = Умерено** **3 = Много**



2 Име/ код на клиента

5 Дата

д	д	м	м	г	г

G Употреба на ПАВ

Коментари

G1 Въпроси, свързани с употребата на ПАВ:

[1] Някога използвали ли сте някое от следните вещества? (когато и да е)
0 = Не 1 = Да, пробвал/а съм (1 до 3 пъти) 2 = Да, използвал/а съм (4 или повече пъти)

[2] На колко години бяхте, когато за първи път използвахте това вещество?

[3] През колко от последните 30 дни сте използвали веществото?
АКО1 = ПРОБВАЛ/А СЪМ, ПРЕМИНЕТЕ КЪМ СЛЕДВАЩОТО ВЕЩЕСТВО→

[4] По времето, в което сте използвали веществото най-често, през колко от дните в месеца използвахте? (Пик)

[5] През колко месеца от живота си сте използвали веществото? (през живота)

Код	Вещество	[1] Някога	[2] Възраст	[3] Посл.30	[4] Пик	[5] Пр. жив.
a	Алкохол	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Марихуана/ хашиш	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Амфетамини (Повдигащи/Спийд)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Депресанти (Транквилайзери, седативи, дрога на изнасилвача)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Кокаин/ Крек	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Халюциногени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Клубни дроги (PCP/Екстази)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Спортни дроги (стероиди, хормони на растежа)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Инхаланти (лепило, бензин)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Хероин/ опиати	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Медикаменти, предписани от лекар	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	Други	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Уточнете:						
<input type="text"/>						
m	Тютюн	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G2a Някога инжектирали ли сте си (боли/целили) някакви наркотици?
0 = Не 1 = Да

G2b Ако отг. 2a е "Да", на колко години бяхте, когато инжектирахте за 1 път?

G2c Ако отг. 2a е "Да", какви вещества сте си инжектирали ? (уточнете)

G3 През последните 30 дни, в дните, в които сте пили алкохол, по колко напитки обикновено сте изпивали?
1 напитка = 1 бира, 1 чаша вино, 1 шот от 1 алкохолен коктейл

G4 През колко от последните 30 дни

a Сте се напивали или сте били дрогирани

b Сте използвали повече от едно вещество

c Сте си инжектирали дроги

Оценъчна скала на клиента: 0 = Никак/ Въобще 1 = Малко 2 = Умерено 3 = Много



2 Име/ код на клиента

5 Дата

Д	Д	М	М	Г	Г
---	---	---	---	---	---

		Коментари
G5	Някога струвало ли Ви се е, че се нуждаете от все по-големи количества от дадено вещество, за да постигнете ефект на опиянение? 0 = Не 2 = Да, само наркотици 1 = Да, само алкохол 3 = Да, алкохол и наркотици	<input type="checkbox"/>
G6	Случвало ли Ви се е да се опитате да намалите употребата на някое вещество и да установите, че не можете? 0 = Не 2 = Да, само наркотици 1 = Да, само алкохол 3 = Да, алкохол и наркотици	<input type="checkbox"/>
G7	Казвали ли са Ви някога, че твърде много пиете/използвате наркотици? 0 = Не 2 = Да, само наркотици 1 = Да, само алкохол 3 = Да, алкохол и наркотици	<input type="checkbox"/>
G8	Колко пъти сте лекувани или консултирани за употреба на ПАВ? (ако въобще Ви се е случвало, отбележете брой лечения, а не брой консултации)	
a	Извънболнично	<input type="checkbox"/>
b	В болница	<input type="checkbox"/>
c	В център за принудително лечение	<input type="checkbox"/>
G9	През колко от последните 30 дни сте участвали в някакви хазартни дейности като лотария, залагания в конни надбягвания, нерегламентирани залагания, игра в казина или др. хазартни дейности?	<input type="checkbox"/>
G10	През живота си имали ли сте някакви проблеми, свързани с хазарт? Използвайте оценъчната скала на клиента	<input type="checkbox"/>
G11a	Имате ли някакви други зависими поведения? 0 = Не 1 = Да	<input type="checkbox"/>
G11b	Ако отговорът на 11a е "Да", моля уточнете: <input type="text"/>	
G12	Моля, кажете ни, ако има нещо друго в тази област, независимо дали е добро или лошо, което смятате, че е важно. <input type="text"/>	
G13	През колко от последните 30 дни сте имали проблеми, свързани с употреба на ПАВ?	<input type="checkbox"/>
G14	Колко важно е за Вас сега да получите помощ за проблеми, свързани с употребата на ПАВ? Използвайте оценъчната скала на клиента	<input type="checkbox"/>
Оценъчна скала на клиента: 0 = Никак/ Въобще 1 = Малко 2 = Умерено 3 = Много		





2 Име/ код на клиента

5 Дата

д	д	м	м	г	г

Н Криминален статус

Коментари

H1 Въпроси, свързани с криминални дейности:

[1] Някога извършвали ли сте някое от следните нарушения?
0 = Не 1 = Да

[2] На колко години бяхте, когато го извършихте за първи път? (възраст)

[3] През колко дни от последните 3 месеца (90 дни) сте извършвали съответното нарушение? (Последните 3 месеца)

Код и нарушение	[1] Някога	[2] Възраст	[3] Посл.3
a Кражба от магазин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Нарушаване на общественя ред	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Присвояване	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Продажба/трафик/производство на дрога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Шофиране под влиянието на ПАВ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Значими нарушения, свързани с шофиране	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Кражба на кола	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Сериозен вандализъм	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Обир на частно имущество	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j Продаване/ приемане на крадени вещи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k Грабеж	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l Нападение/ нанасяне на побой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m Притежание на оръжие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n Сексуално престъпление/изнасилване	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Проституция/ сводничество	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p Палез	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q Предумишлено убийство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r Непредумишлено убийство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s Друго, уточнете:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H2 Колко пъти през живота си сте били задържани от полицията?

H3a Някога били ли сте арестувани, държани в затвора или ареста?
(дори за няколко часа) 0 = Не 1 = Да

H3b Ако отговор 3a е "Да" на колко години бяхте, когато ви се случи за първи път? Възраст

H4 Колко е общото време, което сте прекарвали в ареста, в дом за малолетни правонарушители, в затвор или в поправително училище? Месеци

H5 Колко пъти сте били осъждани за престъпление?

Оценъчна скала
на клиента:

0 = Никак/ Въобще

1 = Малко

2 = Умерено

3 = Много



2 Име/ код на клиента

5 Дата

Д Д М М Г Г

Н6а Някога имали ли сте съдебно нареждане/супервизия / пробация?
0 = Не 1 = Да, сега 2 = Да, преди 3 = Да, и сега и преди

Н6б Ако отговорът на ба е “да”, колко пъти сте нарушавали съдебните нареждания/ супервизията или пробацията?

Н7 Колко сериозни смятате, че са настоящите Ви правни проблеми?
Използвайте оценъчната скала на клиента

Н8 Моля, кажете ни, ако има нещо друго в тази област, независимо дали е добро или лошо, което смятате, че е важно.

Н9 През колко от последните 30 дни сте участвали в криминални дейности?

Н10 През колко от последните 30 дни сте имали проблеми, свързани с криминално поведение или дейности?

Н11 Колко важно е за Вас сега да получите помощ за вашите криминални проблеми?
Използвайте оценъчната скала на клиента

Допълнителни бележки

Коментари

Оценъчна скала на клиента:

0 = Никак/ Въобще

1 = Малко

2 = Умерено

3 = Много