护理他人

**如果您的家庭成员、伴侣或朋友，他（她）们由于年龄、身体残疾或学习障碍或疾病，包括精神疾病而正在接受您的护理，我们希望您**

**完成该调查问卷。您不需要回答所有问题；如果您不想回答某个问题或者不知道具体答案，则请转到下一个问题。**

|  |
| --- |
| **第1节：关于您所护理的人员**  本小节提出的问题是关于被您护理人员的, 即您正在照顾或帮助的人员，以及您在支持和服务方面的经验。 |

|  |
| --- |
| 如果被您护理的人员不止一位，请**只**回答与您花费最多时间帮助的人有关的问题。如果您平均分配时间照顾两个或多个人，请回答与您住在一起的人有关的问题。如果您与两个或多个人住在一起，并且平均分配照顾他（她）们的时间，请挑选**一人**回答与之相关的问题。 |

**1. 被您护理的人的年龄？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_岁**

（如不清楚确切年龄，请估计一个大概年龄 – 被护理的人必须年满18周岁）

**2. 您护理的人是否患有....？**

***请在所有合适的答案上打钩 [✓]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 痴呆 | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 身体残疾 | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 失明或失聪 | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 精神健康问题 | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 老龄化问题 | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 学习障碍或困难 | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 长期存在的疾病 | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 绝症 | h (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 酒精或药物依赖 | i (1) |

**3. 您护理的人通常居住在何处？**

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 和我住在一起 | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 其他地方 | 2 |

**4. 总体而言，您和您护理的人对过去12个月由社会服务机构提供的支持和服务是否满意？**

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 在过去的12个月内，我们没有获得任何来自社会服务机构提供的支持或服务 | 1 |
|  |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | 我极度满意 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 我非常满意 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 我比较满意 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 我既不感到满意也不感到不满意 | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | 我比较不满意 | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | 我很不满意 | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | 我极度不满 | 8 |

**5. 您护理的人在过去12个月中使用了以下所列的任何支持或服务吗？**

**它们可能由不同的组织提供，例如：志愿者组织、私人机构或社会服务机构**

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **是** |  | **否** | **不知道** | | |
| a. 使您在临时或紧急情况下可以从护理任务中休息一下的支持或服务。 |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| b. 使您在护理超过24小时后可以休息一下的支持或服务 |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
| c. 使您在护理1至24小时内可以休息一下的支持或服务（例如看护服务） |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| d. 个人助理 |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| e. 家庭护理/家庭助理 |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| f. 日间中心或日间活动 |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| g. 午餐俱乐部 |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| h. 用餐服务 |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| i. 设备或住房适应性改装（例如轮椅或扶手） |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| j. 生命线警报 |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| k. 他（她）们永久居住在护理院 |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 5 above for local use such as supported employment or special college. Additional answer options for question 5 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **第2节：关于您的需要和支持经验**  本小节提出有关**您**作为护理人员使用的支持和服务方面的问题。它们可能由您或社会服务机构安排。它们可能由志愿者组织、私人机构或社会服务机构提供。 |

**6. 您过去12个月是否使用过下列任何支持或服务以帮助您的护理工作？**

**它们可能由不同的组织提供，例如：志愿者组织、私人机构或社会服务机构。请不要包括任何来自家庭或朋友的无偿帮助。**

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **是** |  | **否** | **不知道** | | |
| a. 信息和建议 |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| b. 来自护理团体的支持或推心置腹的谈话 |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| c. 护理培训 |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| d. 使您保持就业的支持 |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 6 above for local use such as advocacy for carers, help with household tasks and gardening and practical help to complete forms. Additional answer options for question 6 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **第3节：护理的影响以及您的生活质量**  本小节中的一些问题针对护理对您特定生活方面的影响，而另一些则更一般地针对您各个方面的生活质量。 |

**7. 以下哪种陈述最能描述您如何花费您的时间？**

**当您考虑如何安排时间时，请提供任何您认为有价值或喜欢的事情，包括正式工作、自愿或无偿工作、护理他人和休闲活动。**

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 我可以按自己意愿安排时间，做我认为有价值或喜欢的事情 | 1 |
|  |  |  |
|  | 我可以安排一部分时间做我认为有价值或喜欢的事情，但时间不够 | 2 |
|  |  |  |
|  | 我没时间做任何我认为有价值或喜欢的事情 | 3 |

**8. 以下哪种陈述最能描述您日常生活的自主程度？**

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 我对日常生活完全自主 | 1 |
|  |  |  |
|  | 我对日常生活部分自主但自主程度不够 | 2 |
|  |  |  |
|  | 我对日常生活完全没有自主权 | 3 |

9. 考虑您有多少时间照顾自己 - 在获得足够睡眠或良好饮食方面- 哪种陈述最能描述您的现状？

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 我自己照顾自己 | 1 |
|  |  |  |
|  | 有时我不能好好照顾自己 | 2 |
|  |  |  |
|  | 我觉得我忽略了自我 | 3 |

10a. 考虑您的人身安全，哪种陈述最能描述您的现状？

“人身安全”的意思是感到安全，不担心受到虐待、攻击或其他身体上的伤害。

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 我不担心我的人身安全 | 1 |
|  |  |  |
|  | 我有点担心我的人身安全 | 2 |
|  |  |  |
|  | 我非常担心我的人身安全 | 3 |

**10b. 如果您说您非常担心自己的人身安全，您能告诉我们原因吗？**

Responses to this question should not be submitted in the survey data return.

11. 考虑您与喜欢的人之间的社交程度，以下哪种陈述最能描述您的社交状况？

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 我可以尽情与喜欢的人社交 | 1 |
|  |  |  |
|  | 我可以与喜欢的人社交但社交程度不够 | 2 |
|  |  |  |
|  | 我很少与人社交并且感到与世隔绝 | 3 |

**12. 考虑您从事护理工作中受到的鼓励和支持，以下哪种陈述最能描述您的现状？**

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 我感到我受到鼓励和支持 | 1 |
|  |  |  |
|  | 我感到我受到一些鼓励和支持但力度还不够 | 2 |
|  |  |  |
|  | 我感到从未受到鼓励和支持 | 3 |

**13. 考虑您对其有护理责任的其他人，以下哪项陈述最能描述您的现状？请排除您花时间帮助最多的人。**

***请打钩[✓]单选答案***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 我对任何其他人没有护理责任 | 1 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 我一直有足够的时间照顾他们 | 2 |
|  |  |  |
|  | 我有时候有足够的时间照顾他们 | 3 |
|  |  |  |
|  | 我从来没有足够的时间照顾他们 | 4 |

**14. 过去12个月内，您的健康是否因护理工作出现过以下所列的状况？**

***请在所有合适的答案上打钩[✓]***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 感觉疲劳 | a (1) |
|  |  |  |
|  | 心情郁闷 | b (1) |
|  |  |  |
|  | 食欲不振 | c (1) |
|  |  |  |
|  | 睡眠不佳 | d (1) |
|  |  |  |
|  | 全身压力感 | e (1) |
|  |  |  |
|  | 身体劳损（例如背部） | f (1) |
|  |  |  |
|  | 易暴易怒 | g (1) |
|  |  |  |
|  | 不得不去看医生 | h (1) |
|  |  |  |
|  | 出现个人健康状况 | I (1) |
|  |  |  |
|  | 使现状更糟糕 | j (1) |
|  |  |  |
|  | 其他 | k (1) |
|  |  |  |
|  | 否，以上都不是 | l (1) |

**15. 过去12个月内，护理是否给您带来了经济困难？**

***请打钩[✓]单选答案***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 否，完全没有 | 1 |
|  |  |  |
|  | 是，一定程度 | 2 |
|  |  |  |
|  | 是，很大程度 | 3 |

**16. 每隔多久您就会感到孤独？**

***请勾选(✓)一个方框***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 经常或总是 | 1 |
|  |  |  |
|  | 有时 | 2 |
|  |  |  |
|  | 偶尔 | 3 |
|  |  |  |
|  | 几乎没有过 | 4 |
|  |  |  |
|  | 从不 | 5 |

|  |
| --- |
| **第4节：信息和建议的质量**  接下来的问题要求您以自己的观点评价信息和建议的质量。 |

**17. 在过去的12个月里，您是否感觉很容易或很难找到有关支持、服务或福利方面的信息和建议？请提供从不同来源获得的信息和建议，例如：自愿者组织和私人机构以及社会服务机构。**

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 过去12个月，我没有尝试寻找信息或服务 | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | 很容易找到 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 比较容易找到 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 比较难以找到 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 非常难以找到 | 5 |

|  |
| --- |
| 如果您感觉很难找到信息和建议，请告诉我们原因以及我们如何改进以便使其变得容易 |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

**18. 在过去12个月里，您得到的信息和建议的帮助价值如何？请提供从不同组织获得的信息和建议，例如：自愿者组织和私人机构以及社会服务机构。**

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 过去12个月，我没有获得任何信息或服务 | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | 非常有帮助 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 比较有帮助 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 没什么用 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 毫无用处 | 5 |

|  |
| --- |
| 如果您感觉获得的信息和建议没有用处，请告诉我们原因以及我们如何改进以便使其变得更有帮助 |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **第5节：过去12个月里安排的支持和服务**  接下来的问题是关于为您和您护理的人提供支持和服务。 |

**19. 在过去12个月里，您是否获得足够的机会参与讨论向被您护理的人员提供支持或服务或就此问题得到咨询？**

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 过去12个月里，我没觉得有任何讨论 | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | 我总是参与或得到咨询 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 我经常参与或得到咨询 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 我有时参与或得到咨询 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 我从未参与或得到咨询 | 5 |

|  |
| --- |
| **第6节：关于您自己**  接下来的一组问题帮助我们更清楚地了解参与该调查的护理人员的类型。 |

**20. 除了护理工作以外，请告诉我们您还符合以下哪些情况？**

***请在所有合适的答案上打钩 [✓]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 退休 | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 全职员工 | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 兼职（工作30小时以内） | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 自雇全职 | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 自雇兼职 | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 不从事有偿工作 | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 从事志愿工作 | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 其他 | h (1) |

**21. 考虑结合有偿工作和护理责任，以下哪种陈述最能描述您的现状？**

***请打钩(✓)单选答案***

**非有薪工作**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | 由于我的护理责任感，我不从事有薪工作 | 1 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | 我因其他原因（如退休）不从事有薪工作 | 2 |
|  | | | | |

**有薪工作**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 我从事有薪工作，我觉得受到雇主的支持 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 我从事有薪工作，我觉得未受到雇主的支持 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 我无需从雇主获得任何支持就能够将工作和护理责任结合 | 5 |
|  |

**自雇人士**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 我是自雇人士，能够协调我的护理责任 | 6 |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 我是自雇人士，但无法协调我的工作和护理责任 | 7 |
|  |  |  |

**22. 您大约已经照顾或帮助您护理的人多长时间了？**

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 少于6个月 | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 多于6个月少于1年 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 多于1年少于3年 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 多于3年少于5年 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 多于5年少于10年 | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | 多于10年少于15年 | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | 多于15年少于20年 | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20年或更久 | 8 |

**23. 您每周大约花多少时间照顾或帮助您护理的人？**

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 每周0-9小时 | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 每周10-19小时 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 每周20-34小时 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 每周35-49小时 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 每周50-74小时 | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | 每周75-99小时 | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | 每周100小时或更多 | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | 不固定 – 每周少于20小时 | 8 |
|  |  |  |  |
|  |  | 不固定 – 每周20小时或更多 | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | 其他 | 10 |

|  |  |
| --- | --- |
| 如果是其他，请说明： |  |

24. 在过去12个月里，您通常为被护理的人做什么工作？

***请在所有合适的答案上打钩 [✓]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 个人护理？ | a (1) |
|  |  | （例如：穿衣、洗澡、洗衣、剃须、剪指甲、喂食、使用卫生间） |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 身体帮助？ | b (1) |
|  |  | （例如：帮助走路、上下楼、上下床） |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 帮助处理护理服务和福利？ | c (1) |
|  |  | （例如：预约和打电话、填表） |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 帮助处理文书工作或财务事项？ | d (1) |
|  |  | （例如：写信、发贺卡、填表、处理账单、银行事务） |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 其他实际帮助？ | e (1) |
|  |  | （例如：做饭、替他/她购物、洗衣、做家务、园艺工作、装修、房屋维修、陪同看病或去医院） |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 陪护他/她？ | f (1) |
|  |  | （例如：拜访、陪坐、阅读、聊天、玩牌或游戏） |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 带他/她出去？ | g (1) |
|  |  | （例如：带出去散步或驾车出门、带出去访友或走亲戚） |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 给药？ | h (1) |
|  |  | （例如：确保他/她吃药、打针、换药） |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 看护他/她，确保他/她没问题？ | i (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 给予感情上的支持？ | j (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 其他帮助？ | k (1) |

**25. 您有以下问题吗？**

***请在所有合适的答案上打钩 [✓]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 身体障碍或残疾 | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 失明或失聪 | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 精神健康问题或疾病 | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 学习障碍或困难 | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 长期存在的疾病 | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 其他 | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | 以上皆无 | g (1) |

**26. 您对多少个18岁或以下的孩子有父母监护责任？**

***请在答案上打钩[✓]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0 | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 1 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 2 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 4+ | 5 |

**27. 有其他人帮助您填写该问卷调查表吗？**

***请在答案上打钩[✓]***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 有 | 1 |
|  |  |  |
|  | 无 | 2 |

Councils may seek further information on the category of person who helped here if they wish – but these should only be categories of person (e.g. relative) and not names. Any expanded categories need to be aggregated back to just an overall ‘yes’ category before entering the results onto the data return.

**28. 您的年龄？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_岁**

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

**29. 您的性别？**

***请在答案上打钩[✓]***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 男 | 1 |
|  |  |  |
|  | 女 | 2 |
|  |  |  |
|  | 其他 | 3 |

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

**30. 您认为您属于以下哪个族群？**

***请勾选（🗸）下面的一个方框：***

**白人**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 英格兰人 / 威尔士人 / 苏格兰人 / 北爱尔兰人 / 不列颠人 | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 爱尔兰人 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 吉普赛或爱尔兰游居者 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 任何其他白人背景 | 4 |
|  |  |  |  |

**混血或多种族群体**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 白人与加勒比黑人 | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | 白人与非洲黑人 | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | 白人与亚裔 | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | 任何其他混血或多种族背景 | 8 |

**亚裔或不列颠亚裔**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 印度人 | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | 巴基斯坦人 | 10 |
|  |  |  |  |
|  |  | 孟加拉人 | 11 |
|  |  |  |  |
|  |  | 华人 | 12 |
|  |  |  |  |
|  |  | 任何其他亚裔背景 | 13 |
|  |  |  |  |

*列表持续至下页*

**黑人 / 非洲人 / 加勒比人 /不列颠黑人**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 非洲人 | 14 |
|  |  |  |  |
|  |  | 加勒比人 | 15 |
|  |  |  |  |
|  |  | 任何其他黑人/非洲人/加勒比人背景 | 16 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**其他种族群体**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 阿拉伯人 | 17 |
|  |  |  |  |
|  |  | 任何其他背景 | 18 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 不想说 | 19 |

Councils may choose to omit the above question and supply data from their own records if they are confident of the quality and coverage of the information about the carer’s assessment of their ethnic origin in their current records. Councils including this question may break down the categories further if they wish to do so.

**第7部分：评论**

下一组问题是为了让您就您的体验提供其他信息。

**31. 如果您愿意, 请在下面的空白中描述您的其他经验，或填写您的任何其他建议？**

|  |
| --- |
|  |

The question above is for local use and can be omitted. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

**32. 我们也许会邀请一些人参加该项研究在将来一年左右后的后续研究。**

**您是否愿意受邀参加进一步的研究？**

*请注意，即使回答“是”您也无义务将来一定要参加。*

***请打钩(✓)单选答案***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 是，我已在下方空白处填写我的姓名、地址和电话号码 |  |
|  |
|  |  |  |
|  | 不 |  |

**如果您愿意我们因此原因与您联系，请在此留下详细的联系信息：**

姓名：

地址：

电话号码：

电邮地址（可选项）：

The question above is optional and can be omitted if councils have no intention of conducting any follow-up research.

如果您希望得到一份有关该项调查的全国性报告的副本，我们将在今年秋季发布该报告，您可以在健康与社会关怀信息中心[GOV.UK.](http://bit.ly/adult-carers-survey)

Please ensure a paper copy version is available for carers to request. Amend the options depending on whether a local findings paper or the national report will be sent.

我们可以通过邮寄或电子邮件提供副本（电子邮件更便宜）。您更喜欢哪一种方式？（只勾选一个方框）：

|  |  |
| --- | --- |
|  | 电子邮件 |
|  |  |
|  | 邮寄 |

如果您需要local authority results / findings (delete as appropriate) / national report，请在下面的框中提供您的电子邮件地址 （请注意，这将在夏季国家报告发布之后进行）：

电子邮件地址：

如果您希望我们向您邮寄一份local authority results / findings (delete as appropriate) / national report，请在下面的方框中提供您的姓名和地址 （请注意，这将在夏季国家报告发布之后进行）：

名字：

地址：

**谢谢您填写该问卷调查为我们提供帮助。**

**请用提供的信封装好调查表寄给我们。**

**无需在信封上贴邮票。**

|  |
| --- |
| **为使你的看法得到考虑，请于 [insert date] 前寄回该调查表** |