

Web Survey Requirements

Required for the Web Survey System

Survey vendors may use the web survey system and software of their choice. Survey vendors are responsible for programming the web survey to conform to the template and specifications provided in the official Web Survey Instrument (Appendix R, and other languages found on the CAHPS Hospice Survey Website). The web survey system should enable survey administration in English, and any optional languages offered by CMS, if the optional language will be administered by the survey vendor. Survey vendors are not permitted to make or use any other translations of the CAHPS Hospice web materials.

- The web survey system must:
 - support the use of a URL that is a maximum of 25 characters
 - be linked electronically to the survey management system to allow tracking of the sampled caregivers through the survey administration process
 - support dissemination of emailed survey invitations that include an embedded hyperlink unique to each sampled caregiver that the caregiver can click on to directly connect to the web survey
 - track whether a caregiver has an email address and whether the email address was identified as invalid (e.g., results in a delivery error message).
 - allow for the removal of sampled caregivers from further data collection attempts following submission of a web survey
 - support capture of data from web surveys that are initiated and suspended without submission of a completed survey
 - allow for web surveys to be suspended and resumed at a later date, returning the respondent to the first unanswered question
 - track whether the web survey was initiated using the web invitation email or web reminder email. The vendor must retain this information in their records.
 - allow for the respondent to back up and change a previously selected response
 - allow a web survey to be programmed to present similarly on different browser applications, browser sizes, and platforms. The survey should automatically and optimally re-size for the caregiver's screen (whether phone, tablet, computer).
 - allow a web survey to be programmed to be 508 compliant
- In addition, the web survey platform must:
 - NOT allow for advertisements of any kind to be embedded or displayed. This includes but is not limited to, banner or column ads, pop-up ads before, during or after the survey is accessed or completed, or promotional messages on any of the web screens.
 - NOT allow respondents to access the web survey after submission or after the data collection window has closed
 - NOT require the creation of a password to initiate or resume the web survey

Required for the Web Survey

The CAHPS Hospice Survey Core questions (Q1 – Q31) must be placed at the beginning of the survey. The order of the Core questions must **not** be altered, and all the Core questions must remain

together. The “About Your Family Member” and “About You” questions must be placed after the Core questions and cannot be eliminated from the questionnaire. The “About You” questions must follow the “About Your Family Member” questions.

Survey vendors must adhere to the following specifications for web survey formatting:

Welcome Screen

- Hospice logos may be included on Welcome screen; however, other images, tag lines or website links are not permitted
- The name of the hospice must be included on the Welcome screen as indicated in the web survey templates
 - If applicable, the Welcome screen may also include the specific hospice inpatient unit, acute care hospital, or nursing home facility in which their family member or friend resided
- Decedent name must only appear on the Welcome Screen
 - Decedent name must not be included on any other screen in the web survey
 - Caregiver name must not be included on any screen in the web survey
- As indicated in the web survey templates, the OMB Paperwork Reduction Act language must be displayed on the Welcome screen and appear below the survey “START” button
 - The OMB language font size must appear smaller than the rest of the text of the Welcome screen, but no smaller than 10-point at a minimum

CAHPS Hospice Survey Questions

- The caregiver must be able to select their preferred language from English and any offered optional translations
- Question and answer category wording must not be changed
 - No changes are permitted in the order of the Core questions (Q1 – Q31)
 - No changes are permitted in the order of the “About Your Family Member” questions
 - No changes are permitted in the order of the “About You” questions
 - No changes are permitted in the order of the answer categories for the Core, “About Your Family Member,” or “About You” questions
 - All **bolded** or underlined content must be emphasized
 - All punctuation for the question and answer categories located in Appendix R must be programmed
 - All response categories must be listed vertically. Matrix format is not permitted.
 - All questions are programmed to accept only one response, with the exception of Q2 and Q34
- Section headings (e.g., “**Your Family Member’s Hospice Care**”) must be bolded and included as a shaded web screen header on each page
- Skip patterns must be programmed into the web survey system
- Survey vendors/Hospitals must **not**:
 - program a specific response category as the default option
 - use a progress bar or other progress indicator on web screens
- The name of the hospice may be filled in Questions 2, 4, and 30, as indicated below
 - Question 2 – “In what locations did your family member receive care from [ABC Hospice]?”

- Above Question 4 – “For the rest of the questions, please think only about your family member's experience with [ABC Hospice].”
- Question 30 – “Please answer the following questions about [ABC Hospice]. Do not include care from other hospices in your answers.”

Formatting

- No changes are permitted to the formatting or wording of the web screens
 - [Square brackets] and UPPERCASE letters are used to show programming and other instructions that must not actually appear on web screens
- Only one language may appear on the web screen throughout the survey
- Display only one survey item per web screen and all questions must allow paging through without requiring a response
 - When displayed, “BACK” button appears in the lower left of each web screen
 - When displayed, “NEXT” button appears in the lower right of each web screen
- Use computer programs that are accessible in mobile and computer versions that are 508 compliant, present similarly on different browser applications, browser sizes and platforms (mobile, tablet, computer)
- Every web screen uses a dark, readable font color (black or dark blue) and type (i.e., Arial or Times New Roman)
- Font color and size (12-point at a minimum) must be consistent throughout the web survey
- Blank space should be used to distinguish the response options from the question text
- Blank space should be used to distinguish navigation buttons from response options

Other Requirements

- The web survey link(s) must remain open until a final survey status is determined or the data collection period closes
- The copyright statement must be displayed on the Thank You web screen and appear below the survey “SUBMIT” button
 - The copyright statement font size must appear smaller than the rest of the text of the Thank You web screen, but no smaller than 10-point at a minimum

CAHPS Hospice Survey

Polish Web Survey

GENERAL PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- *Display only one survey item per screen*
- *When displayed, “POWRÓT” button appears in the lower left of each screen*
- *When displayed, “DALEJ” button appears in the lower right of each screen*
- *Every question has a color or shaded header*
- *All questions can be paged through without requiring a response*

Hospice Survey

- Welcome, continue in English
- Witamy, proszę kontynuować w języku polskim

NEXT / DALEJ

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *ALL CAREGIVERS START WITH THIS SCREEN*
- *INCLUDE LANGUAGE SELECTION OPTIONS FOR ALL APPROVED SURVEY LANGUAGES OFFERED FOR THIS HOSPICE. RESPONSE OF ANY APPROVED LANGUAGE AT THIS SCREEN, SKIPS TO THE VERSION OF THE SURVEY IN THAT LANGUAGE*

Ankieta dotycząca usług hospicjum

[PROGRAMMING SPECIFICATION: THIS IS THE SURVEY WELCOME SCREEN]

INSTRUKCJE DOTYCZĄCE WYPEŁNIANIA ANKIETY.

Proszę odpowiedzieć na pytania ankiety dotyczące opieki, jaką [DECEDENT NAME] uzyskał we wskazanym hospicjum:

[NAME OF HOSPICE]

Wszystkie pytania tej ankiety będą dotyczyły doświadczeń związanych ze wskazanym hospicjum.

W celu uzyskania dalszych informacji o tej ankiecie, proszę zadzwonić pod numer [VENDOR PHONE NUMBER]. Wszystkie połączenia z tym numerem są bezpłatne.

- **Who should fill out the survey Kto powinien wypełnić tę ankietę?** Domownik, który wie najwięcej o opiece hospicyjnej zapewnianej [DECEDENT NAME].

Proszę kliknąć DALEJ, aby rozpocząć ankietę.

POWRÓT

DALEJ

Zgodnie z Ustawą z 1995 r. o ograniczaniu biurokracji [ang. Paperwork Reduction Act of 1995], nie wymaga się od nikogo udzielania odpowiedzi na pytania zadawane w procesie zbierania danych, chyba że proces ten posiada ważny numer kontrolny OMB. Ważny numer kontrolny OMB dla tego procesu zbierania informacji to 0938-1257 (traci on ważność 30 listopada 2027 r.). Szacuje się, że czas wymagany do wypełnienia tej ankiety zbierającej informacje wynosi średnio 9 minut w odniesieniu do pytań 1-31 „Informacje dotyczące Pana/Pani członka rodziny” oraz pytań „Informacje dotyczące Pana/Pani”, wliczając w to czas na zapoznanie się z instrukcjami, przeszukanie istniejących zasobów danych, zebranie potrzebnych danych oraz wypełnienie i sprawdzenie podanych informacji. W przypadku jakichkolwiek uwag dotyczących dokładności szacunków czasowych lub sugestii dotyczących usprawnienia niniejszego formularza, należy je wysłać do: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.

Pacjent Hospicjum

1. Kim jest dla Pana/Pani pacjent wymieniony w mailu zapraszającym do udziału w tej ankiecie?

- ¹ ☐ Mój współmałżonek/ka lub partner/ka
- ² ☐ Mój rodzic
- ³ ☐ Moja teściowa lub teść
- ⁴ ☐ Moja babcia lub dziadek
- ⁵ ☐ Moja ciotka lub wujek
- ⁶ ☐ Moja siostra lub brat
- ⁷ ☐ Moje dziecko
- ⁸ ☐ Moja przyjaciółka lub przyjaciel
- ⁹ ☐ Inne (proszę określić): [OPEN END – ALLOW 100 CHARACTERS]

POWRÓT

DALEJ

Pacjent Hospicjum

2. W tej ankiecie zwrot „członek rodziny” oznacza pacjenta wymienionego w mailu zapraszającym do udziału w ankiecie.

W jakich lokalizacjach członek rodziny korzystał z opieki [HOSPICE NAME]?
Proszę wybrać jedną lub więcej odpowiedzi:

- ¹ ☐ Dom
² ☐ Ośrodek opieki z zamieszkaniami [ang. Assisted living facility]
³ ☐ Dom opieki pielęgniarstwa [ang. Nursing home]
⁴ ☐ Szpital
⁵ ☐ Ośrodek / dom hospicjum
⁶ ☐ Inne (proszę określić): [OPEN END – ALLOW 100 CHARACTERS]

POWRÓT

DALEJ

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- 2 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY]

Pana/Pani Rola

3. Kiedy członek Pana/Pani rodziny był pod opieką hospicjum, jak często uczestniczył/a Pan/Pani w tej opiece lub nadzorował/a ją?

- ¹ ☐ Nigdy
² ☐ Czasami
³ ☐ Zazwyczaj
⁴ ☐ Zawsze

POWRÓT

DALEJ

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF “NEVER” AT 3 SKIPS TO 32
 - STORE A VALUE OF “88” IN Q4 THROUGH Q31]

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

4. Odpowiadając na pozostałe pytania tej ankiety, prosimy wziąć pod uwagę tylko doświadczenia członka rodziny związane z [HOSPICE NAME].

W tej ankiecie personel hospicjum oznacza wszystkie pielęgniarki, wszystkich lekarzy, pracowników socjalnych, kapelanów i inne osoby, które zapewniały opiekę hospicyjną członkowi Pana/Pani rodziny.

Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, czy musiał/a Pan/Pani kontaktować się z kimś z personelu hospicjum wieczorami, w weekendy, albo w święta w sprawie pytań lub pomocy w opiece nad członkiem rodziny?

¹ ☐ Tak

² ☐ Nie

POWRÓT

DALEJ

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NO" AT 4 SKIPS TO 6
 - STORE A VALUE OF "88" IN Q5]

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

5. Jak często uzyskiwał/a Pan/Pani potrzebną pomoc personelu hospicjum wieczorami, w weekendy, albo w święta?

¹ ☐ Nigdy

² ☐ Czasami

³ ☐ Zazwyczaj

⁴ ☐ Zawsze

POWRÓT

DALEJ

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

6. Jak często personel hospicjum informował Pana/Panią, kiedy ktoś przyjdzie do opieki nad członkiem Pana/Pani rodziny?

- ¹ ☐ Nigdy
- ² ☐ Czasami
- ³ ☐ Zazwyczaj
- ⁴ ☐ Zawsze

POWRÓT

DALEJ

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

7. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum i Pan/Pani albo członek rodziny prosił personel hospicjum o pomoc, jak często zapewniana ona była tak szybko, jak była potrzebna?

- ¹ ☐ Nigdy
- ² ☐ Czasami
- ³ ☐ Zazwyczaj
- ⁴ ☐ Zawsze

POWRÓT

DALEJ

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

8. Jak często personel hospicjum udzielał objaśnień w zrozumiały sposób?

- ¹ ☐ Nigdy
- ² ☐ Czasami
- ³ ☐ Zazwyczaj
- ⁴ ☐ Zawsze

POWRÓT

DALEJ

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

9. Jak często personel hospicjum przekazywał Panu/Pani informacje na temat stanu członka rodziny?

- ☐ 1 Nigdy
- ☐ 2 Czasami
- ☐ 3 Zazwyczaj
- ☐ 4 Zawsze

POWRÓT

DALEJ

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

10. Kiedy członek rodziny był pod opieką hospicjum, jak często personel hospicjum traktował członka rodziny z szacunkiem i godnością?

- ☐ 1 Nigdy
- ☐ 2 Czasami
- ☐ 3 Zazwyczaj
- ☐ 4 Zawsze

POWRÓT

DALEJ

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

11. Jak często miał/ai Pan/Pani, że personel hospicjum naprawdę troszczy się o członka rodziny?

- ☐ 1 Nigdy
- ☐ 2 Czasami
- ☐ 3 Zazwyczaj
- ☐ 4 Zawsze

POWRÓT

DALEJ

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

12. Czy personel hospicjum świadczył opiekę z poszanowaniem życzeń członka Pana/Pani rodziny?

- ¹ ☐ Zdecydowanie tak
² ☐ W pewnym stopniu tak
³ ☐ Nie

POWRÓT

DALEJ

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

13. Czy personel hospicjum dołożył starań, aby wysłuchać tego, co było dla Pana/Pani lub członka rodziny najbardziej istotne?

- ¹ ☐ Zdecydowanie tak
² ☐ W pewnym stopniu tak
³ ☐ Nie

POWRÓT

DALEJ

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

14. Czy rozmawiał/a Pan/Pani z personelem hospicjum o problemach związanych z opieką hospicjum nad członkiem rodziny?

- ¹ ☐ Tak
² ☐ Nie

POWRÓT

DALEJ

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 14 SKIPS TO 16*
 - *STORE A VALUE OF "88" IN Q15]*

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

15. Jak często personel hospicjum słuchał Pana/Pani uważnie, kiedy mówił/a Pan/Pani o problemach związanych z opieką hospicjum nad członkiem rodziny?

- ¹ ☐ Nigdy
² ☐ Czasami
³ ☐ Zazwyczaj
⁴ ☐ Zawsze

POWRÓT

DALEJ

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

16. Czy członek Pana/Pani rodziny doświadczał jakiegokolwiek bólu będąc pod opieką hospicjum?

- ¹ ☐ Tak
² ☐ Nie

POWRÓT

DALEJ

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- *A RESPONSE OF "NO" AT 16 SKIPS TO 18*
 - *STORE A VALUE OF "88" IN Q17]*

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

17. Czy członek rodziny otrzymywał tyle pomocy w opanowaniu bólu, ile potrzebował?

- ¹ ☐ Zdecydowanie tak
² ☐ W pewnym stopniu tak
³ ☐ Nie

POWRÓT

DALEJ

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

18. Czy członek Pana/Pani rodziny miał trudności z oddychaniem lub był leczony z powodu trudności z oddychaniem, kiedy był pod opieką hospicjum?

¹ ☐ Tak

² ☐ Nie

POWRÓT

DALEJ

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NO" AT 18 SKIPS TO 20
 - STORE A VALUE OF "88" IN Q19]

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

19. Jak często członek Pana/Pani rodziny otrzymywał potrzebną mu pomoc z powodu trudności z oddychaniem?

¹ ☐ Nigdy

² ☐ Czasami

³ ☐ Zazwyczaj

⁴ ☐ Zawsze

POWRÓT

DALEJ

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

20. Czy członkowi Pana/Pani rodziny kiedykolwiek dokuczały zaparcia, kiedy był pod opieką hospicjum?

¹ ☐ Tak

² ☐ Nie

POWRÓT

DALEJ

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NO" AT 20 SKIPS TO 22
 - STORE A VALUE OF "88" IN Q21]

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

21. Jak często członek Pana/Pani rodziny otrzymywał potrzebną pomoc w związku z zaparciami?

- ¹ ☐ Nigdy
² ☐ Czasami
³ ☐ Zazwyczaj
⁴ ☐ Zawsze

POWRÓT

DALEJ

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

22. Czy członek Pana/Pani rodziny kiedykolwiek okazywał uczucia lęku lub smutku, kiedy był pod opieką hospicjum?

- ¹ ☐ Tak
² ☐ Nie

POWRÓT

DALEJ

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

- A RESPONSE OF "NO" AT 22 SKIPS TO 24
 - STORE A VALUE OF "88" IN Q23]

Opieka Hospicjum Nad Członkiem Rodziny

23. Jak często członek Pana/Pani rodziny otrzymywał od personelu hospicjum potrzebną pomoc w związku z odczuwanym lękiem lub smutkiem?

- ¹ ☐ Nigdy
² ☐ Czasami
³ ☐ Zazwyczaj
⁴ ☐ Zawsze

POWRÓT

DALEJ

Pana/Pani Własne Doświadczenia Związane Z Hospicjum

24. Personel hospicjum może nauczyć Pana/Panią, jak sprawować opiekę nad członkami rodziny potrzebującymi leków przeciwbólowych, mającymi trudności z oddychaniem, niespokojnymi lub pobudzonymi bądź posiadającymi inne potrzeby dotyczące opieki.

Czy personel hospicjum nauczył Pana/Panią jak opiekować członkiem rodziny?

- ☐ ¹ Zdecydowanie tak
- ☐ ² W pewnym stopniu tak
- ☐ ³ Nie
- ☐ ⁴ Nie potrzebowałem/-am takiego nauczania

POWRÓT

DALEJ

Pana/Pani Własne Doświadczenia Związane Z Hospicjum

25. Jak często personel hospicjum słuchał Pana/Pani uważnie, gdy członek Pana/Pani rodziny był pod opieką hospicjum?

- ☐ ¹ Nigdy
- ☐ ² Czasami
- ☐ ³ Zazwyczaj
- ☐ ⁴ Zawsze

POWRÓT

DALEJ

Pana/Pani Własne Doświadczenia Związane Z Hospicjum

26. Czy personel hospicjum przekazał Panu/Pani wszystkie informacje, jakie chciał/a Pan/Pani uzyskać na temat tego, czego należy oczekiwać w czasie, kiedy członek rodziny umiera?

- ☐ ¹ Zdecydowanie tak
- ☐ ² W pewnym stopniu tak
- ☐ ³ Nie

POWRÓT

DALEJ

Pana/Pani Własne Doświadczenia Związane Z Hospicjum

27. Wsparcie dla przekonań religijnych, duchowych lub kulturowych może przejawiać się poprzez rozmowę, modlitwę, czas spędzany w ciszy i inne sposoby poszanowania tradycji.

W jakim stopniu personel hospicjum wspierał Pani/Pani przekonania religijne, duchowe lub kulturowe, kiedy członek Pana/Pani rodziny był pod opieką hospicjum?

- ¹ ☐ Za mało
² ☐ Wystarczająco
³ ☐ Za dużo

POWRÓT

DALEJ

Pana/Pani Własne Doświadczenia Związane Z Hospicjum

28. Jak wiele wsparcia emocjonalnego dostarczał Panu/Pani personel hospicjum, gdy członek rodziny przebywał pod opieką hospicjum?

- ¹ ☐ Za mało
² ☐ Wystarczająco
³ ☐ Za dużo

POWRÓT

DALEJ

Pana/Pani Własne Doświadczenia Związane Z Hospicjum

29. Jak wiele wsparcia emocjonalnego otrzymała/a Pan/Pani od personelu hospicjum w tygodniach po śmierci członka Pana/Pani rodziny?

- ¹ ☐ Za mało
² ☐ Wystarczająco
³ ☐ Za dużo

POWRÓT

DALEJ

Ogólna ocena opieki hospicjum

30. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania dotyczące [HOSPICE NAME]. Proszę nie uwzględniać w odpowiedziach opieki świadczonej przez inne hospicja.

Posługując się skalą od 0 do 10, na której 0 oznacza najgorszą możliwą opiekę hospicjum, a 10 oznacza najlepszą możliwą opiekę hospicjum, jak ocenił/a/by Pan/Pani opiekę hospicjum, jaką otrzymał członek Pana/Pani rodziny?

- ☐ 0 Najgorsza możliwa opieka hospicjum
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 Najlepsza możliwa opieka hospicjum

POWRÓT

DALEJ

Ogólna ocena opieki hospicjum

31. Czy polecił/a/by Pan/Pani to hospicjum znajomym i rodzinie?

- ☐ 1 Na pewno nie
- ☐ 2 Chyba nie
- ☐ 3 Chyba tak
- ☐ 4 Na pewno tak

POWRÓT

DALEJ

Informacje dotyczące Pana/Pani członka rodziny

32. Jaki najwyższy poziom wykształcenia lub ile klas szkoły ukończył członek Pana/Pani rodziny?

- ¹ ☐ 8 klas lub mniej
- ² ☐ Rozpoczęta, ale nie ukończona szkoła średnia
- ³ ☐ Ukończona szkoła średnia lub zdany egzamin GED
- ⁴ ☐ Niepełne studia lub dyplom po studium 2-letnim
- ⁵ ☐ Skończone studia 4-letnie
- ⁶ ☐ Więcej niż skończone studia 4-letnie
- ⁷ ☐ Nie wiem

POWRÓT

DALEJ

Informacje dotyczące Pana/Pani członka rodziny

33. Czy członek Pana/Pani rodziny był Latynosem/pochodzenia iberyjskiego lub miał przodków pochodzenia latynoskiego/iberyjskiego?

- ¹ ☐ Nie, nie był Latynosem/ pochodzenia iberyjskiego
- ² ☐ Tak, Kubańczyk
- ³ ☐ Tak, Meksykanin, Amerykanin pochodzenia meksykańskiego, Chicano/a
- ⁴ ☐ Tak, Portorykańczyk
- ⁵ ☐ Tak, innego pochodzenia latynoskiego/ iberyjskiego

POWRÓT

DALEJ

Informacje dotyczące Pana/Pani członka rodziny

34. Jakiej rasy był członek Pana/Pani rodziny? Proszę wybrać co najmniej jedną odpowiedź.

- ¹ ☐ Rodowity Indianin lub Alaskańczyk
- ² ☐ Rasa azjatycka
- ³ ☐ Rasa czarna - Afroamerykanin
- ⁴ ☐ Rodowity mieszkaniec Hawajów lub innych wysp Pacyfiku
- ⁵ ☐ Rasa biała

POWRÓT

DALEJ

[PROGRAMMING SPECIFICATION:

34 IS MULTI-RESPONSE; ALLOW SELECTION OF ALL THAT APPLY]

Infomacje dotyczące Pana/Pani

35. Proszę podać swój wiek:

- ¹ ☐ 18 do 24 lat
- ² ☐ 25 do 34 lat
- ³ ☐ 35 do 44 lat
- ⁴ ☐ 45 do 54 lat
- ⁵ ☐ 55 do 64 lat
- ⁶ ☐ 65 do 74 lat
- ⁷ ☐ 75 do 84 lat
- ⁸ ☐ 85 lat lub więcej

POWRÓT

DALEJ

Infomacje dotyczące Pana/Pani

36. Proszę podać swoją płeć

- ¹ ☐ Mężczyzna
- ² ☐ Kobieta

POWRÓT

DALEJ

Informacje dotyczące Pana/Pani

37. Jaki jest najwyższy poziom Pana/Pani wykształcenia lub liczba ukończonych przez Pana/Panią klas?

- ☐ 1 8 klas lub mniej
- ☐ 2 Rozpoczęta, ale nie ukończona szkoła średnia
- ☐ 3 Ukończona szkoła średnia lub zdany egzamin GED
- ☐ 4 Niepełne studia lub dyplom po studium 2-letnim
- ☐ 5 Skończone studia 4-letnie
- ☐ 6 Więcej niż skończone studia 4-letnie

POWRÓT

DALEJ

Informacje dotyczące Pana/Pani

38. Jakim językiem głównie mówi Pan/Pani w domu?

- ☐ 1 Angielski
- ☐ 2 Hiszpański
- ☐ 3 Chiński
- ☐ 4 Rosyjski
- ☐ 5 Portugalski
- ☐ 6 Wietnamski
- ☐ 7 Polski
- ☐ 8 Koreański
- ☐ 9 Inny język (proszę określić): [OPEN END – ALLOW 15 CHARACTERS]

POWRÓT

DALEJ

DZIĘKUJEMY

Dziękujemy za wypełnienie tej ankiety.

Proszę kliknąć „Wyślij”, aby przesłać nam swoje odpowiedzi.

[WYŚLIJ]

Pytania 1–38 niniejszej ankiety zostały opracowane przez rząd USA, znajdują się w domenie publicznej i dlatego NIE podlegają przepisom amerykańskiego prawa autorskiego.

