



Bureau of Vital Statistics
125 Worth St.
New York, NY 10013

Апрель 2021 г.

Уважаемая мать/родитель новорожденного (роженица)!

Департамент здравоохранения и психической гигиены г. Нью-Йорка (Департамент здравоохранения NYC) занимается выдачей свидетельств о рождении ребенка. Свидетельство о рождении является юридическим документом, подтверждающим рождение, и доказательством возраста, гражданства и родства ребенка. Предоставляемая Вами информация требуется на основании закона. Если Вы не заполните данную анкету надлежащим образом, мы не сможем предоставить Вам точное свидетельство о рождении ребенка.

Сведения о Вашем образовании, расовой принадлежности, курении, росте и весе до беременности требуются для улучшения системы общественного здравоохранения. Дополнительные вопросы, обозначенные «QI» (Quality Improvement, повышение качества) необходимы Департаменту здравоохранения штата Нью-Йорк (NYS), чтобы больше узнать о качестве дородового ухода, который получают жительницы Нью-Йорка. Законодательство города и штата Нью-Йорк обеспечивает защиту от незаконного раскрытия сведений, содержащихся в свидетельстве о рождении, для обеспечения Вашей конфиденциальности и конфиденциальности Вашего ребенка.

- Чрезвычайно важно дать полные и точные ответы на вопросы этой анкеты. Пишите ответы разборчиво, печатными буквами.
- Анкету **необходимо** заполнить на английском языке. Если Вы не можете заполнить анкету на английском языке самостоятельно или если у Вас есть вопросы, обратитесь в бюро регистрации рождений в больнице по номеру _____.
- Анкету **необходимо** полностью заполнить и вернуть в бюро регистрации в течение 24 часов после рождения ребенка.

Для учета и контроля регистрации рождений в родильном доме

Анкета матери/родителя — данные для регистрации свидетельства о рождении ребенка

Номер медицинской карты матери/родителя:

Имя и фамилия матери/родителя:

Номер медицинской карты ребенка:

Дата рождения ребенка:

Сколько детей родились в результате данной беременности:

При рождении нескольких детей укажите, какой по счету ребенок:

Укажите все имена печатными буквами в том виде, в котором они должны быть записаны в свидетельстве о рождении. Чтобы впоследствии изменить данную информацию, потребуется отправить в Департамент здравоохранения заявление на внесение исправлений.

Ребенок

При рождении нескольких детей укажите, какой по счету ребенок: _____

1. Каким будет полное официальное имя Вашего ребенка?	ЛИЧНОЕ имя ребенка	СРЕДНЕЕ имя (имена) ребенка	ФАМИЛИЯ ребенка	Приставка (мл., III и др.)
2. Требуется ли Вашему ребенку номер (SSN) и карта социального страхования?				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<p>При указании официальных имени и фамилии новорожденного ребенка Вы можете запросить для него номер SSN. При регистрации свидетельства Департамент здравоохранения отправит запрос в Управление социального обеспечения (Social Security Administration). Если Вы не запросите этот номер сейчас, Вам потребуется обратиться в Управление социального обеспечения самостоятельно для присвоения ребенку номера SSN. Больница, родильный дом и Департамент здравоохранения не осуществляют отправку такого запроса от Вашего имени.</p>				Если Вы выберете «Да», карта будет отправлена матери/родителю по почте Управлением социального обеспечения.

Мать/родитель (роженница)

3. Ваши нынешние официальные имя и фамилия .	Личное имя матери/родителя	Среднее имя матери/родителя	Официальная фамилия матери/родителя	Приставка
4. Ваша девичья фамилия. Фамилия до первого замужества.	<input type="checkbox"/> Моя девичья фамилия — это моя нынешняя официальная фамилия.			
	Личное имя матери/родителя	Среднее имя матери/родителя	Официальная фамилия матери/родителя	Приставка
5-7. Ваша дата рождения, текущий возраст и пол. «X» означает другой пол, кроме мужского или женского (при небинарной гендерной идентичности).		Дата рождения матери/родителя ____ / ____ / ____ <i>Месяц / День / Год</i>	Текущий возраст ____	Пол <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> X
8. Ваш номер социального страхования. Предоставление SSN родителей требуется в соответствии с федеральным законом 42 USC 405(c) (§ 205c Акта социального страхования). Номера будут предоставлены Управлению временных пособий и пособий по инвалидности штата Нью-Йорк (NYS Office of Temporary and Disability Assistance) для взъясания алиментов на содержание ребенка и в Налоговую службу (Internal Revenue Service, IRS) через Управление социального обеспечения в целях определения налоговых льгот на заработанный доход.	SSN матери/родителя <input type="checkbox"/> У меня нет SSN		SSN отца/родителя следует указать в разделе информации об отце/родителе, если применимо.	
	Подписываясь ниже, Вы подтверждаете правильность SSN, указанного в данной форме.		Дата ____ / ____ / ____ <i>Месяц / День / Год</i>	
Подпись матери/родителя				

Место рождения матери/родителя

9. Ваше место рождения.	Город	Штат (если не в США, укажите страну)	Страна
10. Если Вы родились за пределами США, как долго Вы живете в США?	Число лет, прожитых в США ____	Или если менее одного года:	Число месяцев, прожитых в США ____

Адрес матери/родителя

11. Где Вы обычно живете? Где физически расположено место жительства Вашей семьи? Если Вы живете не в США, укажите адрес, город и страну.	Адрес: улица (не указывайте номер почтового ящика или адрес для корреспонденции (с/о))		Номер квартиры	Если в NYC, округ (боро): <input type="checkbox"/> New York (Manhattan) <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Kings (Brooklyn) <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Richmond (Staten Island)
	Город	Штат	Почтовый индекс	
12. Какой у Вас почтовый адрес? Это адрес, по которому будет выслано свидетельство о рождении. Первая копия свидетельства о рождении выдается бесплатно .	Вы живете в указанных выше границах города? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет За пределами NYC (укажите округ): _____			
	<input type="checkbox"/> Тот же, что и адрес места жительства, указанный выше			
	<input type="checkbox"/> Нет почтового адреса (если нет почтового адреса, свидетельство не отправляется по почте; Вам нужно будет забрать его в Департаменте здравоохранения)			
	Если указывается чужой адрес, укажите это здесь:			
	Имя другого лица или название организации/агентства (если указывается адрес для корреспонденции)			
	Улица (в почтовом адресе в NYC не разрешается указывать номер почтового ящика)		Номер квартиры	
Город	Штат	Почтовый индекс	Страна	
13. Ваши номера телефонов.	Днем (_____) _____ - _____ Доб. _____		Вечером (_____) _____ - _____	

Информация о матери/родителе

<p>14. Образование. Уровень учебного заведения, которое Вы закончили на момент рождения Вашего ребенка. Поставьте отметку (X) только в одном поле.</p>	<input type="checkbox"/> 8-й класс или ниже; без оконченого образования <input type="checkbox"/> 9-й — 12-й класс, без аттестата <input type="checkbox"/> Средняя школа или диплом о среднем образовании (GED) <input type="checkbox"/> Обучение в колледже, но степень не получена <input type="checkbox"/> Степень специалиста (например, AA, AS) <input type="checkbox"/> Степень бакалавра (например, BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Степень магистра (например, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Докторская (например, PhD, EdD) или профессорская степень (например, MD, DDS, DVM, LLB, JD)																					
15. Вы работали во время беременности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет																					
16. Ваша нынешняя/последняя должность/работа .	Должность (например, кассир, банковский служащий, медсестра, юрист и др.)																					
17. В какой сфере деятельности Вы работали на этой должности? Не указывайте название компании; просто укажите сферу деятельности.	Сфера деятельности (например, ресторанный бизнес, банковские услуги, здравоохранение, юриспруденция и др.)																					
18. Ваше происхождение . Поставьте отметку (X) в одном поле и укажите национальность, с которой Вы себя больше всего отождествляете.	<input type="checkbox"/> Испаноязычные/латиноамериканцы (например, мексиканцы, пуэрториканцы, кубинцы, доминиканцы и др.) Укажите: _____ <input type="checkbox"/> Не испаноязычные/латиноамериканцы (например, итальянцы, афроамериканцы, гаитянцы, пакистанцы, украинцы, нигерийцы, тайваньцы и др.) Укажите: _____																					
19. Ваша расовая принадлежность . Раса определяется согласно переписи населения США. Испаноязычные/латиноамериканцы не являются расой согласно переписи населения США. Если у Вас испанское происхождение, перейдите к вопросу 18. Поставьте отметку (X) во все поля с применимыми вариантами и укажите другие, если применимо.	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Европеиды (белые)</td> <td><input type="checkbox"/> Филиппинцы</td> <td><input type="checkbox"/> Представители народов Гуам и Чаморро</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Темнокожие или афроамериканцы</td> <td><input type="checkbox"/> Японцы</td> <td><input type="checkbox"/> Самоанцы</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски (название племени регистрации или главного племени)</td> <td><input type="checkbox"/> Корейцы</td> <td><input type="checkbox"/> Жители других тихоокеанских островов (укажите) _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Вьетнамцы</td> <td><input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Другие выходцы из Азии (укажите) _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Индийцы</td> <td><input type="checkbox"/> Коренные жители Гавайских островов</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Китайцы</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Европеиды (белые)	<input type="checkbox"/> Филиппинцы	<input type="checkbox"/> Представители народов Гуам и Чаморро	<input type="checkbox"/> Темнокожие или афроамериканцы	<input type="checkbox"/> Японцы	<input type="checkbox"/> Самоанцы	<input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски (название племени регистрации или главного племени)	<input type="checkbox"/> Корейцы	<input type="checkbox"/> Жители других тихоокеанских островов (укажите) _____		<input type="checkbox"/> Вьетнамцы	<input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____		<input type="checkbox"/> Другие выходцы из Азии (укажите) _____		<input type="checkbox"/> Индийцы	<input type="checkbox"/> Коренные жители Гавайских островов		<input type="checkbox"/> Китайцы		
<input type="checkbox"/> Европеиды (белые)	<input type="checkbox"/> Филиппинцы	<input type="checkbox"/> Представители народов Гуам и Чаморро																				
<input type="checkbox"/> Темнокожие или афроамериканцы	<input type="checkbox"/> Японцы	<input type="checkbox"/> Самоанцы																				
<input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски (название племени регистрации или главного племени)	<input type="checkbox"/> Корейцы	<input type="checkbox"/> Жители других тихоокеанских островов (укажите) _____																				
	<input type="checkbox"/> Вьетнамцы	<input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____																				
	<input type="checkbox"/> Другие выходцы из Азии (укажите) _____																					
<input type="checkbox"/> Индийцы	<input type="checkbox"/> Коренные жители Гавайских островов																					
<input type="checkbox"/> Китайцы																						

Здоровье матери/родителя

<p>20. Вы участвовали в программе для женщин и детей WIC во время беременности? (Специальное дополнительное питание для женщин, новорожденных и детей.)</p>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет															
21. Ваш рост .	Рост _____ футов _____ дюймов															
22. Ваш вес до беременности .	Вес до беременности _____ фунтов															
23. Вы курили сигареты за три месяца до беременности или во время нее?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, какое количество сигарет или пачек Вы в среднем выкуривали в следующие временные периоды? Укажите ответ ниже. Укажите 0, если Вы не курили ни в одном из этих периодов. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Период времени</th> <th>Количество сигарет в день ИЛИ</th> <th>Количество пачек в день</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Три месяца до беременности</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Первый триместр беременности</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Второй триместр беременности</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Третий триместр беременности</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Период времени	Количество сигарет в день ИЛИ	Количество пачек в день	Три месяца до беременности	_____	_____	Первый триместр беременности	_____	_____	Второй триместр беременности	_____	_____	Третий триместр беременности	_____	_____
Период времени	Количество сигарет в день ИЛИ	Количество пачек в день														
Три месяца до беременности	_____	_____														
Первый триместр беременности	_____	_____														
Второй триместр беременности	_____	_____														
Третий триместр беременности	_____	_____														
24. Вы употребляли алкоголь во время этой беременности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет															
25a. Вы занимались с доулой (квалифицированным специалистом по подготовке к родам) во время этой беременности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю															
25b. Имя, фамилия и место работы доулы (если применимо).	Имя и фамилия: _____ Место работы: _____ <input type="checkbox"/> Не знаю															
25c. Доула присутствовала во время схваток и (или) родов?	Поставьте отметку (X) для всех подходящих вариантов. <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Да, доула оказывала поддержку лично</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Да, доула оказывала поддержку виртуально (например, по телефону, через Zoom, FaceTime)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Нет</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Да, доула оказывала поддержку лично	<input type="checkbox"/> Да, доула оказывала поддержку виртуально (например, по телефону, через Zoom, FaceTime)	<input type="checkbox"/> Нет												
<input type="checkbox"/> Да, доула оказывала поддержку лично																
<input type="checkbox"/> Да, доула оказывала поддержку виртуально (например, по телефону, через Zoom, FaceTime)																
<input type="checkbox"/> Нет																

Ответы на вопросы для повышения качества (QI) 26, 27, 28, 29 и 30 добровольные, эта информация нужна для Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк — все ответы на вопросы QI конфиденциальны и используются только в целях улучшения системы общественного здравоохранения.

<p>26. (QI) Вам предоставлялся дородовой уход (медицинское обслуживание во время этой беременности) до поступления в больницу для родов?</p>	<input type="checkbox"/> Нет. Перейдите к вопросу 27 <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на следующие вопросы. Врач, медсестра или другие работники здравоохранения обсуждали с Вами перечисленные ниже вопросы во время визитов с целью предоставления дородового ухода? <table border="0"> <tr> <td>a) Как курение во время беременности может отразиться на ребенке?</td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> <td>e) Какие противозачаточные средства следует использовать после беременности?</td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> </tr> <tr> <td>b) Как употребление алкоголя во время беременности может отразиться на ребенке?</td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> <td>f) Что делать при начале родов раньше срока?</td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> </tr> <tr> <td>c) Как использование запрещенных наркотиков может отразиться на ребенке?</td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> <td>g) Как защитить себя от ВИЧ (вируса, вызывающего СПИД)?</td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> </tr> <tr> <td>d) Когда можно планировать следующую беременность?</td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> <td>h) Физическое насилие со стороны мужа или сожителя.</td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> </tr> </table>	a) Как курение во время беременности может отразиться на ребенке?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	e) Какие противозачаточные средства следует использовать после беременности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	b) Как употребление алкоголя во время беременности может отразиться на ребенке?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	f) Что делать при начале родов раньше срока?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	c) Как использование запрещенных наркотиков может отразиться на ребенке?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	g) Как защитить себя от ВИЧ (вируса, вызывающего СПИД)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	d) Когда можно планировать следующую беременность?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	h) Физическое насилие со стороны мужа или сожителя.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
a) Как курение во время беременности может отразиться на ребенке?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	e) Какие противозачаточные средства следует использовать после беременности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет														
b) Как употребление алкоголя во время беременности может отразиться на ребенке?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	f) Что делать при начале родов раньше срока?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет														
c) Как использование запрещенных наркотиков может отразиться на ребенке?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	g) Как защитить себя от ВИЧ (вируса, вызывающего СПИД)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет														
d) Когда можно планировать следующую беременность?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	h) Физическое насилие со стороны мужа или сожителя.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет														
27. (QI) Сколько раз в неделю во время этой беременности Вы тренировались в течение 30 минут и более, помимо обычной деятельности?	_____ раз(-а) в неделю																
28. (QI) У Вас были во время беременности проблемы с деснами (например, они опухали или кровоточили)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет																
29. (QI) Во время беременности Вы были: Поставьте отметку (X) только в одном поле.	<input type="checkbox"/> В хорошем настроении <input type="checkbox"/> В немного угнетенном настроении <input type="checkbox"/> В умеренно депрессивном настроении <input type="checkbox"/> В сильной депрессии и не получили помощи <input type="checkbox"/> В сильной депрессии и получили помощь																
30. (QI) Вспомните время непосредственно перед беременностью: что Вы почувствовали, узнав о беременности? Поставьте отметку (X) только в одном поле.	<input type="checkbox"/> Вы планировали беременность раньше. <input type="checkbox"/> Вы планировали беременность позднее. <input type="checkbox"/> Вы захотели ребенка, когда забеременели. <input type="checkbox"/> Вы не планировали беременность ни в тот момент, ни в будущем.																

Если Вы хотите, чтобы имя отца/родителя ребенка было указано в свидетельстве о рождении, необходимо указать точные и полные сведения, как указано ниже, и предоставить заполненную форму в бюро регистрации рождений в больнице.

При этом:

- 1) Если Вы замужем, уточните у сотрудников больницы, что требуется, чтобы имя второго родителя было указано как имя официального родителя Вашего ребенка в свидетельстве о рождении.
- 2) Если Вы замужем, но вторым родителем ребенка может оказаться более чем одно лицо, Вам нужно обратиться в суд по делам семьи для установления отцовства.
- 3) Если Вы не замужем и на ребенка не распространяется действие договора о суррогатном материнстве, Вы вместе с предполагаемым родителем можете подписать форму подтверждения отцовства в присутствии двоих свидетелей, которые не являются родственниками.
- 4) Если указанные выше случаи к Вам не применимы, обратитесь в бюро регистрации рождений в больнице.

**Информация об отце/родителе при рождении живого ребенка
Заполняется матерью/родителем или отцом/родителем**

Отец/родитель

<p>31. Имя и фамилия отца/родителя Вашего ребенка до первого брака отца/родителя (имя и фамилия, данные при рождении). Укажите имя и фамилию отца/родителя, данные ему при рождении, в том виде, в котором они будут указаны в свидетельстве о рождении. Чтобы впоследствии изменить данную информацию, потребуется отправить в Департамент здравоохранения заявление на внесение исправлений.</p>	Личное имя отца/родителя	Среднее имя (имена) отца/родителя	Фамилия отца/родителя	Прставка (мл., III и др.)
	<p>32-34. Дата рождения, текущий возраст и пол отца/родителя. Вариант «X» означает другой пол, кроме мужского или женского (при небинарной гендерной идентичности).</p>		<p>Дата рождения отца/родителя</p> <p>____ / ____ / ____ Месяц / День / Год</p>	<p>Текущий возраст</p> <p>____</p>
<p>35. Номер социального страхования отца/родителя. Предоставление SSN родителей требуется в соответствии с федеральным законом 42 USC 405(c) (S 205c Акта социального страхования). Номера будут предоставлены Управлению временных пособий и пособий по инвалидности штата Нью-Йорк для взыскания алиментов на содержание ребенка и в Налоговую службу через Управление социального обеспечения в целях определения налоговых льгот на заработанный доход.</p>	<p>SSN отца/родителя</p> <p><input type="checkbox"/> У отца/родителя нет SSN</p>		<p>Подписываясь на предыдущей странице, мать/родитель подтверждает правильность указанного выше номера SSN.</p>	

Место рождения отца/родителя

<p>36. Где родился отец/родитель?</p>	Город	Штат (если не в США, укажите страну)	Страна
<p>37. Если отец/родитель родился за пределами США, как долго он живет в США?</p>	<p>Число лет, прожитых в США</p> <p>____</p>	<p>Или если менее одного года:</p>	<p>Число месяцев, прожитых в США</p> <p>____</p>

Информация об отце/родителе

<p>38. Образование. Уровень учебного заведения, которое отец/родитель закончил на момент рождения ребенка. Поставьте отметку (X) только в одном поле.</p>	<p><input type="checkbox"/> 8-й класс или ниже; без оконченого образования</p> <p><input type="checkbox"/> 9-й — 12-й класс, без аттестата</p> <p><input type="checkbox"/> Средняя школа или диплом о среднем образовании (GED)</p> <p><input type="checkbox"/> Обучение в колледже, но степень не получена</p>	<p><input type="checkbox"/> Степень специалиста (например, AA, AS)</p> <p><input type="checkbox"/> Степень бакалавра (например, BA, AB, BS)</p> <p><input type="checkbox"/> Степень магистра (например, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)</p> <p><input type="checkbox"/> Докторская (например, PhD, EdD) или профессорская степень (например, MD, DDS, DVM, LLB, JD)</p>	
<p>39. Нынешняя/последняя должность/работа отца/родителя.</p>	<p>Должность (например, кассир, банковский служащий, медбрат, юрист и др.)</p>		
<p>40. В какой сфере деятельности он работал на этой должности? Не указывайте название компании; просто укажите сферу деятельности.</p>	<p>Сфера деятельности (например, ресторанный бизнес, банковские услуги, здравоохранение, юриспруденция и др.)</p>		
<p>41. Происхождение отца/родителя. Поставьте отметку (X) только в одном поле и укажите национальность, с которой отец/родитель себя больше всего отождествляет.</p>	<p><input type="checkbox"/> Испаноязычные/латиноамериканцы (например, мексиканцы, пуэрториканцы, кубинцы, доминиканцы и др.) Укажите: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Не испаноязычные/латиноамериканцы (например, итальянцы, афроамериканцы, гаитянцы, пакистанцы, украинцы, нигерийцы, тайваньцы и др.) Укажите: _____</p>		
<p>42. Расовая принадлежность отца/родителя. Раса определяется согласно переписи населения США. Испаноязычные/латиноамериканцы не являются расой согласно переписи населения США. Если происхождение испанское/латиноамериканское, перейдите к вопросу 41. Поставьте отметку (X) во все поля с применимыми вариантами и укажите другие, если применимо.</p>	<p><input type="checkbox"/> Европеиды (белые)</p> <p><input type="checkbox"/> Темнокожие или афроамериканцы</p> <p><input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски (название племени регистрации или главного племени)</p> <p><input type="checkbox"/> Индийцы</p> <p><input type="checkbox"/> Китайцы</p>	<p><input type="checkbox"/> Филиппинцы</p> <p><input type="checkbox"/> Японцы</p> <p><input type="checkbox"/> Корейцы</p> <p><input type="checkbox"/> Вьетнамцы</p> <p><input type="checkbox"/> Другие выходцы из Азии (укажите)</p> <p><input type="checkbox"/> Коренные жители Гавайских островов</p>	<p><input type="checkbox"/> Представители народов Гуам и Чаморро</p> <p><input type="checkbox"/> Самоанцы</p> <p><input type="checkbox"/> Жители других тихоокеанских островов (укажите)</p> <p><input type="checkbox"/> Другое (укажите)</p>