



Minnesota Pretrial Questionnaire (Revised)

Minnesota Анкета для предварительного следствия (пересмотренная)

Name/Полное имя		(Last)/(Фамилия)	(First)/(Имя)	(Middle)/(Отчество)
Date of Assessment (dd/mm/yyyy): Дата опроса (дд/мм/гггг):		DOB Дата рождения	Age Возраст	
County of Residence/Страна проживания:		Duration/Длительность:	Yr/Лет	mo/Месяцев
Street Address/Улица и номер дома		Apt #/Кв.№	City/Город	State/Штат ZIP/Почтовый индекс
Mailing Address/Почтовый адрес		Apt #/Кв.№	City/Город	State/Штат ZIP/Почтовый индекс
Employment/ Education Работа/Образование	1. Are you Currently employed?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Работаете ли вы в настоящее время?..... Да Нет			
	If Yes/Если Да: <input type="checkbox"/> Full-time/Полная занятость <input type="checkbox"/> Part-time/Неполная занятость If Part-time: <input type="checkbox"/> 20+ hrs/week <input type="checkbox"/> Less than 20 hrs/week Если неполная занятость: 20+ часов/в неделю Менее 20 часов/в неделю			
	2. Do you currently attend school?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Учитесь ли вы в настоящее время?..... Да Нет			
	If Yes/Если Да: <input type="checkbox"/> Full-time/Полная занятость <input type="checkbox"/> Part-time/Неполная занятость If Part-time: <input type="checkbox"/> 20+ hrs/week <input type="checkbox"/> Less than 20 hrs/week Если неполная занятость: 20+ часов/в неделю Менее 20 часов/в неделю			
3. If you attend school and work, do your hours for both total 20 hours or more?... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Если вы учитесь и работаете, составляет ли общее количество часов 20 или более часов?..... Да Нет				
4. If you do not work outside the home, do you receive income from public assistance, social security benefits of any kind, disability benefits, or pension benefits?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Если вы не работаете вне дома, получаете ли вы доход от государственной помощи, каких-либо пособий по социальному обеспечению, пособий по инвалидности или пенсионных пособий?..... Да Нет				

Substance Use/ Употребление психоактивных веществ	5. If you do not work outside the home, do you have financial support while you care for children, elderly parents, or a relative?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Если вы не работаете вне дома, имеете ли вы финансовую поддержку, пока ухаживаете за детьми, пожилыми родителями или родственниками?..... Да Нет
	6. Have you had an alcohol abuse problem in the last six months?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Были ли у вас проблемы со злоупотреблением алкоголем за последние шесть месяцев?..... Да Нет
	7. Have you used illegal mood-altering chemicals during the last six months?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Употребляли ли вы запрещенные химические вещества, изменяющие настроение, в течение последних шести месяцев?..... Да Нет
Children/ Дети	8. How many minor children or others live with you or receive financial support from you? Сколько несовершеннолетних детей или других лиц живут с вами или получают от вас финансовую поддержку? Children/Дети: _____ Others/Другие: _____ Total/Всего _____
Military/ Воинская служба	9. Have you ever been in or served in the United States armed forces?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Служили ли вы когда-нибудь или работали в вооруженных силах США?..... Да Нет

Please enter the name, relationship, and phone number of someone who knows you well:
Пожалуйста, внесите имя, связь и номер телефона человека, который вас хорошо знает:

Name	Relationship	Phone
Полное имя	Связь	Телефон

Systems Checked (Probation. use only)
Системы проверены (только для probation)
 BCA CSTS S3 MNCIS/MGA
 CISR GLWS DL JMS

P.O./P.O. (Сотрудник службы probation)