

نرجو مساعدة وكالتنا على تحسين خدماتها من خلال الإجابة على بعض الأسئلة. ستكون إجاباتك سرية، ولن تؤثر على الخدمات الحالية أو المستقبلية التي تتلقاها.

الرجاء ملء الدائرة بالكامل ، لكل عنصر من عناصر الاستطلاع أدناه ، يرجى ملء الدائرة التي تتوافق مع اختيارك.

مثال :



صحيح

غير صحيح



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بناءً على الشهور الستة الأخيرة أو في حال لم تتلق خدمات منذ 6 شهور، أجب ،"فحسب بناءً على الخدمات التي تلقيتها إلى اليوم. اختر من بين الإجابات "أوافق بشدة"، "أوافق"، "محايد أعارض"، أو "أعارض بشدة" لكل من العبارات أدناه. وإن كان السؤال يتعلق بأمر لم تمر به، فاملأ دائرة الخيار "لا ينطبق" للإشارة إلى أن هذا البند لا ينطبق عليك

غير قابل للتطبيق	لا أوافق بشدة	لا أوافق	أنا محايد	أوافق	موافق بشدة
------------------	---------------	----------	-----------	-------	------------

1. بشكل عام، أنا راضٍ عن الخدمات التي تلقيتها
2. ساعدت في اختيار خدماتي
3. "ساعدت في اختيار أهداف علاجي "

4. "ظل الأشخاص الذين يساعدون معي مهما كان الأمر "
5. "شعرت أنه لدي شخص أتحدث إليه عندما كنت مضطربًا .
6. "شاركت في علاجي الخاص

7. تلقيت خدمات كانت مناسبة لي
8. كان موقع الخدمات مناسبًا لي
9. "كانت الخدمات متوفرة في أوقات كانت مناسبة لي "

10. حصلت على المساعدة التي أردتها .
11. حصلت على المساعدة بقدر حاجتي إليها .
12. عاملني الموظفون باحترام

13. احترم الموظفون معتقداتي الدينية / الروحية.
14. تحدث معي الموظفون بطريقة فهمتها.
15. كان الموظفون مراعين لخلفيتي الثقافية / العرقية

16. كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها
17. أنا أفضل في التعامل مع الحياة اليومية
18. "أتأقلم بشكل أفضل مع أفراد العائلة
"أتأقلم بشكل أفضل مع الأصدقاء والأشخاص الآخرين "

19. أودي بشكل أفضل في المدرسة و/أو العمل
20. أنا أفضل قدرة على التعامل عندما تسير الأمور على نحو خاطئ
21. أشعر بالرضا عن حياتي العائلية الآن
22. أنا أفضل قدرة على فعل الأشياء التي يريد فعلها

يرجى الإجابة عن العلاقات مع الأشخاص الآخرين غير مقدم (مقدمي) خدمات الصحة النفسية نتيجة للخدمات التي تلقيتها
:كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها
23. أعرف أشخاصًا سيستمعون إلي ويفهموني عندما أحتاج إلى التحدث
24. لدي أشخاص أشعر بالراحة عند التحدث معهم حول مشكلتي (مشاكلي)
25. في حالة وقوع أزمة، سأحصل على الدعم الذي أحتاجه من العائلة أو الأصدقاء
26. لدي أشخاص يمكنني أداء أنشطة ممتعة معهم



27. ما الشيء الأكثر فائدة في الخدمات التي تلقيتها خلال 6 أشهر الماضية؟

28. ما الشيء الذي يمكن أن يحسن الخدمات هنا؟

29. يرجى تقديم التعليقات هنا. نحن مهتمون بكل من الملاحظات الإيجابية والسلبية

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لتخبرنا عن حالة طفلك



1. هل عشت في أي من الأماكن التالية خلال 6 أشهر الماضية؟

- مرفق إصلاحي حكومي
 هارب / متشرد / يعيش في الشوارع
 غير ذلك

- مأوى للمشردين
 بيت جماعي
 مركز علاج سكني
 مستشفى
 سجن محلي أو مرفق احتجاز

- مع أحد الوالدين أو كليهما
 مع أحد أفراد العائلة الآخرين
 دار رعاية
 دار رعاية علاجية
 مأوى في أوقات الأزمات

2. في العام الماضي، هل ذهبت لرؤية طبيب (أو ممرض) لإجراء فحص طبي أو بسبب مرضك؟

- نعم، في عيادة نعم، لكن فقط في مستشفى أو غرفة طوارئ لا لا أتذكر

3. هل تناول أي دواء لعلاج مشاكل عاطفية / سلوكية؟

- نعم لا
 نعم لا

A. إذا كانت الإجابة بنعم، فهل أخبرك الطبيب أو الممرض أنت و/أو طفلك عن الآثار الجانبية التي يجب مراقبتها؟

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



4. قريباً، كم مضى على تلقيك الخدمات هنا؟

- هذه زيارتي الأولى هنا
 لقد قمت بأكثر من زيارة واحدة ولكنني تلقيت الخدمات لأقل من شهر واحد
 شهر 1-2
 شهر 3-5
 شهر إلى عام واحد 6
 أكثر من عام واحد

تلقيت خدمات هنا لمدة تقل عن عام واحد



تلقيت خدمات هنا لمدة عام أو أكثر



5. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة النفس هل تم اعتقالك خلال الشهر الـ 12 الأخيرة؟
 لا نعم
6. هل تم اعتقالك خلال الشهر الـ 12 قبل ذلك؟
 لا نعم
7. ... نذ أن بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية، هل أصبحت تعاملتك مع الشرطة

لا ينطبق

(لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي)

- * أقل ظلت كما هي زادت

* مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقني الشرطة، أو لم (تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة)

8. هل طُردت أو تم إيقافك مؤقتاً منذ بدء الخدمات؟
 لا نعم
9. هل طُردت أو تم إيقافك مؤقتاً خلال 12 شهراً السابقة لذلك؟
 لا نعم
10. منذ بدء تلقي الخدمات، كان عدد أيام حضورك في المدرسة

لا ينطبق

- أكثر كما هي تقريباً أقل

(يرجى تحديد لماذا لا ينطبق هذا السؤال)

- لم أواجه مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات
 طُردت من المدرسة
 أنا أدرس في المنزل
 تركت المدرسة
 غير ذلك

11. هل تم اعتقالك خلال الشهر الـ 12 الأخيرة؟
 لا نعم
12. هل تم اعتقالك خلال الشهر الـ 12 قبل ذلك؟
 لا نعم
13. ... على مدى العام الماضي، هل أصبحت تعاملتك مع الشرطة

لا ينطبق

(لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي)

- * أقل ظلت كما هي زادت

* مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقني الشرطة، أو لم (تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة)

14. هل طُردت أو تم إيقافك مؤقتاً خلال 12 شهراً الماضية؟
 لا نعم
15. هل طُردت أو تم إيقافك مؤقتاً خلال 12 شهراً السابقة لذلك؟
 لا نعم
- 16: على مدار العام الماضي، كان عدد أيام حضورك في المدرسة

لا ينطبق

- أكثر كما هي تقريباً أقل

(يرجى تحديد لماذا لا ينطبق هذا السؤال)

- لم أواجه مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات
 طُردت من المدرسة
 أنا أدرس في المنزل
 تركت المدرسة
 غير ذلك

54001



CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لتخبرنا قليلاً عن نفسك

17. سنجد ام أنثى ذكر غير ذلك
18. هل أنت من أصل مكسيكي/إسباني/لاتيني نعم لا غير معروف
19. ما عرقك؟ (يرجى تحديد كل ما ينطبق)
 هندي أمريكي/سكان ألاسكا الأصليين أسويي أسود/أميركي أفريقي من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى أبيض/قوقازي غير ذلك غير معروف
20. ما تاريخ ميلادك؟
[شهر / يوم / سنة]
□□ / □□ / □□□□
21. هل لديك تأمين Medi-Cal (Medicaid)؟ نعم لا
22. هل كانت الخدمات التي تلقيتها باللغة التي تفضلها؟ نعم لا
23. هل كانت المعلومات الكتابية (مثل الكتيبات التي تصف الخدمات المتوفرة، وحقوقك كمستهلك، والمواد التثقيفية في الصحة النفسية) متاحة لك باللغة التي تفضلها؟ نعم لا
24. يرجى تحديد من ساعدك على تعبئة أي جزء من هذا الاستبيان (ضع علامة على كل ما ينطبق)
 أحتاج إلى أي مساعدة قام ناشط/متطوع صحة نفسية بمساعدتي قام مستهلك صحة نفسية آخر بمساعدتي قام أحد أفراد أسرتي بمساعدتي قام مسؤول مقابلات متخصص بمساعدتي قام طبيبي/مسؤول حالتي بمساعدتي قام موظف غير طبيبي/مسؤول حالتي بمساعدتي قام شخص آخر بمساعدتي. من هو؟

نشكرك على الوقت الذي استغرقته للإجابة على هذه الأسئلة

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

Date of Survey Administration:

Reason (if applicable):

Ref Imp Lan Oth

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Reporting Unit:

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

54001

