



- Իսնդրում ենք օգնել մեր գործակալությանը բարելավել ծառայությունները՝ պատասխանելով մի քանի հարցի: Ձեր պատասխանները գաղտնի են և չեն ազդի Ձեր կամ Ձեր երեխայի ստացած ընթացիկ կամ հետագա ծառայությունների վրա:
- Իսնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին՝ հիմնվելով ՎԵՐՁԻՆ 6 ԿԱՄ ծառայությունները 6 ամիս չստանալու դեպքում՝ մինչ այժմ ստացված ծառայությունների վրա: Իսնդրում ենք ստորև նշված պնդումներից յուրաքանչյուրի առջև նշել նախընտրելի տարբերակը. բոլորովին համաձայն չեք, համաձայն չեք, չեք կողմնորոշվում, համաձայն եք կամ լիովին համաձայն եք: Եթե հարցը վերաբերում է մի բանի, որին Դուք կամ Ձեր երեխան չեք առնչվել, ընտրեք Կիրառելի չէ տարբերակը նշելով, որ այն Ձեզ չի վերաբերում:

Իսնդրում ենք ամբողջովին ներկել շրջանակը:	Իշտ է Սխալ է	●	⊙	⊗	✓	Բոլորովին համաձայն չեմ	Համաձայն չեմ	Չեզոք	Համաձայն եմ	Լիովին համաձայն եմ	Կիրառելի չէ
1. Ընդհանուր առմամբ, ես գոհ եմ իմ երեխայի ստացած ծառայություններից:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ես օգնել եմ ընտրել իմ երեխայի ծառայությունները:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ես օգնել եմ ընտրել իմ երեխայի բուժման նպատակները:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Մարդիկ, ովքեր օգնում են իմ երեխային, անկախ ամեն ինչից շփվում են մեզ հետ:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ես գգում էի, որ իմ երեխան ինչ-որ մեկի հետ կարող է խոսել, երբ նա անհանգստացած է:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ես մասնակցել եմ իմ երեխայի բուժմանը:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Իմ երեխայի և/կամ ընտանիքի ստացած ծառայությունները տեղին են եղել:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ծառայությունների մատուցման վայրը մեզ հարմար էր:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ծառայությունները հասանելի են եղել այն ժամանակ, երբ մեզ հարմար է եղել:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Իմ ընտանիքը ստացավ այն օգնությունը, որը մենք ցանկանում էինք իմ երեխայի համար:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Իմ ընտանիքը ստացավ այնքան օգնություն, որքան մեզ անհրաժեշտ էր իմ երեխայի համար:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Անձնակազմն ինձ հարգանքով է վերաբերվել:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Անձնակազմը հարգել է իմ ընտանիքի կրոնական/հոգևոր համոզմունքները:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Անձնակազմը ինձ հետ խոսել է հասկանալի ձևով:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Անձնակազմը հարգանքով է մոտեցել իմ մշակութային/էթնիկական ծագմանը:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Որպես իմ երեխայի և/կամ իմ ընտանիքի ստացած ծառայությունների անմիջական արդյունք.

16. Իմ երեխան ավելի լավ է վարում առօրյա կյանքը:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Իմ երեխան ավելի լավ է շփվում ընտանիքի անդամների հետ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Իմ երեխան ավելի լավ է շփվում ընկերների և այլ մարդկանց հետ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Իմ երեխան ավելի լավ է աշխատում դպրոցում և/կամ աշխատանքում:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Իմ երեխան ավելի լավ է կարողանում հաղթահարել դժվարությունները:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ես գոհ եմ մեր ընտանեկան կյանքից ներկա պահին:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Իմ երեխան ավելի լավ է կարողանում անել այն, ինչ նա ցանկանում է անել:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Հաջորդող չորս հարցերում խնդրում ենք պատասխանել Ձեր հոգեկան առողջության մատակարար(ներ)ից բացի այլ անձանց հետ հարաբերությունների վերաբերյալ:

Որպես իմ երեխայի և/կամ իմ ընտանիքի ստացած ծառայությունների անմիջական արդյունք.

23. Ես գիտեմ մարդկանց, ովքեր կլսեն և կհասկանան ինձ, երբ ես խոսելու կարիք ունենամ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Կան մարդիկ, ում հետ ես հաճելիորեն խոսում եմ իմ երեխայի խնդրի(խնդիրների) մասին:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ճզնաժամի պայմաններում ես կունենամ այն աջակցությունը, որն ինձ անհրաժեշտ է ընտանիքից կամ ընկերներից:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Ես ունեմ մարդիկ, որոնց հետ ես կարող եմ հաճելի գործով զբաղվել:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

* CSI County Client Number

56468

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

DHCS 1744 AR

Must be entered on EVERY page



27. Ո՞րն է եղել վերջին 6 ամիսների ընթացքում Ձեր և Ձեր երեխայի ստացած ծառայությունների հետ կապված ամենաօգտակար բանը: Ի՞նչը կբարելավեր ծառայություններն այստեղ: Ինդորում ենք տրամադրել մեկնաբանություններն այստեղ: Մեզ հետաքրքրում են ինչպես դրական, այնպես էլ բացասական արձագանքները:

Ինդորում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին, որպեսզի տեղեկացնեք, թե ինչպես է Ձեր երեխան:

1. Ձեր երեխան այժմ ապրում է Ձեզ հետ: Այո Ոչ
2. Ձեր երեխան վերջին 6 ամիսների ընթացքում ապրե՞լ է հետևյալ վայրերից որևէ մեկում.
Ինդորում ենք նշել բոլոր կիրառելի տարբերակները

<input type="radio"/> Մեկ կամ երկու ծնողների հետ	<input type="radio"/> Բնակելի բուժման կենտրոնում
<input type="radio"/> Ընտանիքի մեկ այլ անդամի հետ	<input type="radio"/> Հիվանդանոցում
<input type="radio"/> Ինամատար ընտանիքում	<input type="radio"/> Տեղական բանտում կամ կալանավայրում
<input type="radio"/> Թերապևտիկ խնամատար ընտանիքում	<input type="radio"/> Պետական ուղղիչ հիմնարկում
<input type="radio"/> Ճգնաժամային ապաստանում	<input type="radio"/> Փախել եք/անօթևան եք եղել/ապրել եք փողոցում
<input type="radio"/> Անօթևանների կացարանում	<input type="radio"/> Այլ
<input type="radio"/> Իմբային տանը	
3. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում Ձեր երեխան այցելե՞լ է բժշկի (կամ բուժքրոջ) բուժզննում անցնելու համար կամ հիվանդ լինելու պատճառով:

<input type="radio"/> Այո, կլինիկայում կամ գրասենյակում
<input type="radio"/> Այո, բայց միայն հիվանդանոցում կամ շտապ օգնության ընդունարանում
<input type="radio"/> Ոչ
<input type="radio"/> Չեմ հիշում
4. Ձեր երեխան ընդունո՞ւմ է դեղամիջոցներ էմոցիոնալ/վարքային խնդիրների համար: Այո Ոչ
 - 4a. Եթե այո, բժիշկն ու բուժքույրը Ձեզ և/կամ Ձեր երեխային ասել են, թե ի՞նչ կորոնակի ազդեցությունների է պետք ուշադրություն դարձնել: Այո Ոչ

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page




56468



5. Մոտավորապես, որքա՞ն ժամանակ է Ձեր երեխան ստացել ծառայություններ այստեղ:


- Մա իմ երեխայի առաջին այցն է այստեղ: 1-2 ամիս
- Իմ երեխան մեկից ավելի այցեր է ունեցել, բայց մեկ ամսից պակաս ծառայություններ է ստացել: 3-5 ամիս
- 6 ամսից 1 տարի
- Ավելի քան 1 տարի

Խնդրում ենք պատասխանել #6-11 հարցերին, եթե Ձեր երեխան ստացել է հոգեկան առողջության ծառայություններ

 **ՄԵԿ ՏԱՐԻ ԿԵՄ ՊԵԿԵՍ**

6. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է այն պահից ի վեր, երբ ստացել է հոգեկան առողջության ծառայություն: Այո Ոչ
7. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: Այո Ոչ
8. Հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալուց ի վեր Ձեր երեխայի հանդիպումները ուստիկանների հետ ...
- նվազել են *օրինակ, նրանք չեն ձերբակալվել, ուստիկանության կողմից հետապնդվել, ուստիկանության կողմից տարվել սպաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն)*
 - Նույնն են մնացել
 - Ավելացել են
 - Կիրառելի չէ *նրանք այս տարի կամ անցյալ տարի ուստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեն ունեցել*
9. Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է ծառայությունների ստացման պահից ի վեր: Այո Ոչ
10. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է: Այո Ոչ
11. Ծառայություններ ստանալուց ի վեր, իմ երեխան դպրոցում է եղել մի քանի օր.
- Ավելի շատ Մոտավորապես նույնը Ավելի քիչ
 - Չի վերաբերվում → *Խնդրում ենք նշել, թե ինչու*
տվյալ կետը կիրառելի չէ
 - Ծառայությունները սկսելուց ի վեր երեխան հաճախելու խնդիր չի ունեցել
 - Երեխան դպրոցական տարիքից շատ փոքր է
 - Երեխային հեռացրել են դպրոցից
 - Երեխան կրթություն է ստանում տանը
 - Երեխան դուրս է եկել դպրոցից
 - Այլ

Խնդրում ենք պատասխանել #12-17 հարցերին, եթե Ձեր երեխան ստացել է հոգեկան առողջության ծառայություններ

 **ՄԵԿ ՏԱՐՈՒՑ ԱՎԵԼԻ**

12. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է վերջին 12 ամիսների ընթացքում: Այո Ոչ
13. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: Այո Ոչ
14. Անցյալ տարվա ընթացքում Ձեր երեխան հանդիպումներ ունեցել է ուստիկանության հետ ...
- նվազել են *օրինակ, նրանք չեն ձերբակալվել, ուստիկանության կողմից հետապնդվել, ուստիկանության կողմից տարվել սպաստարան*
 - Նույնն են մնացել
 - Ավելացել են
 - Կիրառելի չէ *նրանք այս տարի կամ անցյալ տարի ուստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեն ունեցել*
15. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է: Այո Ոչ
16. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է: Այո Ոչ
17. Անցած մեկ տարվա ընթացքում իմ երեխան դպրոցում էր մի քանի օր.
- Ավելի շատ Մոտավորապես նույնը Ավելի քիչ
 - Չի վերաբերվում → *Խնդրում ենք նշել, թե ինչու*
տվյալ կետը կիրառելի չէ
 - Ծառայությունները սկսելուց ի վեր երեխան հաճախելու խնդիր չի ունեցել
 - Երեխան դպրոցական տարիքից շատ փոքր է
 - Երեխային հեռացրել են դպրոցից
 - Երեխան կրթություն է ստանում տանը
 - Երեխան դուրս է եկել դպրոցից
 - Այլ

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին, որպեսզի մի փոքր տեղեկացնեք Ձեր երեխայի մասին:

18. Ո՞րն է Ձեր երեխայի սեռը: Արական Տրանսգենդեր, իզականից արական
Խնդրում ենք նշել բոլոր կիրառելի տարբերակները Իգական Տրանսգենդեր, արականից իգական
 Ոչ բինար Այլ գենդերային ինքնություն
19. Երեխայի ծնողներից մեկը մեքսիկական/իսպանական/լատինական ծագում ունի? Այո Ոչ Անհայտ
20. Ո՞րն է Ձեր երեխայի ռասան: Ամերիկյան հնդկացի/ բնիկ այլասկացի Սպիտակամորթ/ կովկասցի
Խնդրում ենք նշել բոլոր կիրառելի տարբերակները Ասիացի Այլ ռասա
 Սևամորթ/աֆրոամերիկացի Հայտնի չէ
 Բնիկ ամերիկացի/այլ խաղաղովկիանոսյան կղզիների բնակիչ
21. Ո՞րն է Ձեր երեխայի ծննդյան ամսաթիվը:

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--
22. Ձեր երեխան ունի՞ Medi-Cal (Medicaid) ապահովագրություն: Այո Ոչ
23. Արդյո՞ք Ձեր երեխայի գրավոր փաստաթղթերը և/կամ ծառայությունները նրան տրամադրվել են նրա նախընտրած լեզվով: Այո Ոչ
օրինակ՝ հասանելի ծառայությունները, Ձեր իրավունքները որպես սպառող և հոգեկան առողջության ուսուցման նյութերը պարունակող գրքույկները

24. Դիտարկելով Ձեր երեխային մատուցված ծառայությունները, դրանց ո՞ր մասն է նա ստացել հեռահար առողջապահական կապի միջոցով: Ոչ մեկը Շատ քիչ Մոտավորապես կեսը Գրեթե բոլորը Բոլորը

25. Ձեր երեխայի համար ինչքանո՞վ եք արդյունավետ համարում հեռահար առողջապահական այցելությունները անմիջական այցելությունների համեմատ: Շատ ավելի վատ Ավելի շուտ վատ Մոտավորապես նույնը Ավելի շուտ լավ Շատ ավելի լավ Կիրառելի չէ

26. Ես կցանկանայի այս ծրագրի շրջանակներում երեխայիս համար ստանալ հոգեկան առողջության ավելի շատ Բոլորովին համաձայն չեմ Համաձայն չեմ Չեզոք Համաձայն եմ Լիովին համաձայն եմ Կիրառելի չէ



Շնորհակալություն այս հարցին պատասխանելու համար ժամանակ տրամադրելու համար:

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

--	--

 Date of Survey Administration:

0	5
---	---

 /

--	--

 /

2	0	2	4
---	---	---	---

 County Reporting Unit (optional):

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

Code for not completing the survey (if applicable):
 Refused Impaired Language Other

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

* CSI County Client Number

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

