

● لطفاً با پاسخ دادن به چند سؤال، به ارائه بهتر خدمات از طرف مرکز ما کمک کنید. پاسخهای شما محرمانه است و بر خدمات فعلی یا آینده ارائه شده به شما یا فرزندتان تأثیر نمی‌گذارد.

● لطفاً به سؤالات زیر بر اساس خدمات ۶ ماه اخیر پاسخ دهید یا اگر خدماتی در طی این ۶ ماه دریافت نکرده‌اید، بر اساس خدماتی که تاکنون دریافت کرده‌اید پاسخ دهید. مشخص کنید که آیا با هر یک از عبارات زیر به شدت مخالف هستید، مخالف هستید، نظری ندارید، موافق هستید یا به شدت موافق هستید. اگر سؤال در مورد چیزی است که شما یا فرزندتان تجربه نکرده اید، «غیر قابل اجرا» را انتخاب کنید.

مصدق ندارد	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم	درست غلط ● ○ ⊗ ⊙
○	○	○	○	○	○	1. در کل، من از خدمات دریافت شده توسط فرزندم راضی هستم.
○	○	○	○	○	○	2. به من در انتخاب خدمات برای فرزندم کمک شد.
○	○	○	○	○	○	3. به من در انتخاب اهداف درمانی فرزندم کمک شد.
○	○	○	○	○	○	4. کسانی که به فرزند من کمک می‌کنند مجبورند با ما سر و کار داشته باشند و برایشان مهم نیست که چه می‌شود.
○	○	○	○	○	○	5. احساس کردم وقتی فرزندم مشکلی دارد، کسی هست که با او صحبت کند.
○	○	○	○	○	○	6. من در معالجه فرزندم مشارکت کردم.
○	○	○	○	○	○	7. خدماتی که فرزندم و / یا خانواده‌ام دریافت کردند برای ما مناسب بود.
○	○	○	○	○	○	8. مکان ارائه خدمات برای ما راحت بود.
○	○	○	○	○	○	9. خدمات در زمان‌های مناسب برای ما در دسترس بودند.
○	○	○	○	○	○	10. کمک‌هایی که برای فرزندم می‌خواستیم به خانواده من ارائه شد.
○	○	○	○	○	○	11. همان مقدار کمکی که برای فرزندم می‌خواستیم به خانواده من ارائه شد.
○	○	○	○	○	○	12. کارکنان با احترام با من رفتار می‌کردند.
○	○	○	○	○	○	13. کارکنان به اعتقادات مذهبی / معنوی خانواده من احترام می‌گذاشتند.
○	○	○	○	○	○	14. کارکنان با من به شکلی صحبت می‌کردند که می‌فهمیدم.
○	○	○	○	○	○	15. کارکنان به پیشینه فرهنگی / قومی من حساس بودند.
○	○	○	○	○	○	<b>نتیجه مستقیم خدماتی که فرزندم و / یا خانواده من دریافت کردند</b>
○	○	○	○	○	○	16. فرزند من در اداره زندگی روزمره بهتر شده است.
○	○	○	○	○	○	17. سازگاری فرزند من با اعضای خانواده بهتر شده است.
○	○	○	○	○	○	18. سازگاری فرزند من با دوستان و افراد دیگر بهتر شده است.
○	○	○	○	○	○	19. عملکرد فرزند من در مدرسه و / یا محل کار بهتر شده است.
○	○	○	○	○	○	20. فرزندم بهتر می‌تواند با مشکلاتی که با آنها مواجه می‌شود، کنار بیاید.
○	○	○	○	○	○	21. من الان از زندگی خانوادگی خودم راضی هستم.
○	○	○	○	○	○	22. فرزند من بهتر قادر به انجام کارهایی است که قصد انجام آنها را دارد.

چهار سؤال بعدی در خصوص روابط با افرادی است که خدمات بهداشت روان به شما ارائه ندادند. نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردیم:

**نتیجه مستقیم خدماتی که فرزندم و / یا خانواده من دریافت کردند**

○	○	○	○	○	○	23. افرادی را می‌شناسم که وقتی نیاز به صحبت کردن دارم، به من گوش می‌دهند و مرا درک می‌کنند.
○	○	○	○	○	○	24. افرادی را دارم که راحت درباره مشکل (مشکلات) فرزندم با آنها صحبت می‌کنم.
○	○	○	○	○	○	25. در صورت بروز بحران، از طرف خانواده یا دوستان پشتیبانی لازم را خواهم داشت.
○	○	○	○	○	○	26. افرادی دارم که می‌توانم کارهای لذتبخش را با آنها انجام دهم.

27. مفیدترین مورد در خصوص خدماتی که شما و فرزندتان در طی ۶ ماه گذشته دریافت کرده‌اید چیست؟ چه چیزی باعث بهبود خدمات این مرکز می‌شود؟ لطفاً نظرات خود را در اینجا بنویسید. ما هم به بازخوردهای مثبت و هم منفی، علاقمند هستیم.

## لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید تا بدانیم که حال فرزند شما چگونه است

1. آیا فرزند شما در حال حاضر با شما زندگی می‌کند؟  
 بله  نه
2. آیا فرزند شما در ۶ ماه گذشته در یکی از مناطق زیر زندگی کرده است؟  
 لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید  
 با یکی از والدین یا هر دو  پناهگاه افراد بی‌خانمان  
 با یکی دیگر از اعضای خانواده  خانه گروهی  
 پرورشگاه  کمپ درمان  
 درمانگاه افراد بدسرپرست  بیمارستان  
 پناهگاه افراد بحران‌زده  زندان محلی یا بازداشتگاه
3. آیا در سال گذشته فرزند شما برای معاینه درمانی یا به دلیل بیماری به پزشک معالج (یا پرستار) مراجعه کرده است؟  
 بله، در کلینیک یا مطب  بله، اما فقط در بیمارستان یا اتاق اورژانس  نه  بخاطر ندارم
4. آیا فرزند شما برای مشکلات عاطفی / رفتاری از دارو استفاده می‌کند؟  
 بله  نه
- 4a. اگر بله، آیا پزشک یا پرستار به شما و / یا فرزندتان گفته که این دارو چه عوارض جانبی دارد که باید به آن توجه کرد؟  
 بله  نه

5. تقریباً چه مدت است که فرزند شما از اینجا خدمات دریافت می‌کند؟  
 اولین بار است که فرزند من به اینجا مراجعه می‌کند  تا ۲ ماه ۱  
 تا ۵ ماه ۳  فرزند من بیش از یک بار به اینجا مراجعه کرده اما کمتر از یک ماه خدمات دریافت کرده است.  
 ماه تا ۱ سال ۶  بیش از ۱ سال

اگر فرزند شما خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده است، لطفاً به پرسش‌های 12 تا 17 پاسخ دهید  
**بیشتر از یک سال**

اگر فرزند شما خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده است، لطفاً به پرسش‌های 6 تا 11 پاسخ دهید  
**یک سال یا کمتر**

12. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده  بله  نه است؟

6. آیا فرزند شما از زمان شروع دریافت خدمات بهداشت روان، دستگیر شده است؟  
 بله  نه

13. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات بهداشت روان، دستگیر شده است؟  
 بله  نه

7. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات بهداشت روان، دستگیر شده است؟  
 بله  نه

14. طی یک سال گذشته، برخوردهایی که فرزندتان با پلیس داشته است...  
 کاهش یافته است

8. از زمانی که فرزند شما خدمات بهداشت روان را دریافت می‌کند برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...  
 کاهش یافته است

به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اند، پلیس به آنها گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌اند  
 ثابت مانده است  
 افزایش یافته است  
 مصداق ندارد

به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اند، پلیس به آنها گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌اند  
 ثابت مانده است  
 افزایش یافته است  
 مصداق ندارد

آنها امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اند

آنها امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اند

15. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از جایی اخراج شده  بله  نه یا به حالت تعلیق درآمده است؟

9. آیا فرزند شما از ابتدای دریافت خدمات، از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده است؟  
 بله  نه

16. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده است؟  
 بله  نه

10. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده است؟  
 بله  نه

17. طی یک سال گذشته، تعداد روزهایی که فرزند من در مدرسه بوده است:  
 بیشتر  همین حدود  کمتر

11. از زمان شروع دریافت خدمات، تعداد روزهایی که فرزند من در مدرسه حضور داشته است:  
 بیشتر  همین حدود  کمتر

مرتبط نیست ← لطفاً دلیل «نامرتب» بودن [این گزینه] را انتخاب کنید  
 فرزند قبل از شروع دریافت خدمات، از نظر حضور در مدرسه مشکلی نداشت

مرتبط نیست ← لطفاً دلیل «نامرتب» بودن [این گزینه] را انتخاب کنید  
 فرزند قبل از شروع دریافت خدمات، از نظر حضور در مدرسه مشکلی نداشت

فرزند خیلی کوچک است و به مدرسه نمی‌رود  
 فرزند از مدرسه اخراج شده است  
 فرزند در خانه تحصیل کرده است  
 فرزند ترک تحصیل کرده است  
 سایر موارد

فرزند خیلی کوچک است و به مدرسه نمی‌رود  
 فرزند از مدرسه اخراج شده است  
 فرزند در خانه تحصیل کرده است  
 فرزند ترک تحصیل کرده است  
 سایر موارد

\* CSI County Client Number

3450

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

## لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید تا کمی درباره فرزندتان بیشتر بدانیم

18. جنسیت فرزند شما چیست؟  
 لطفأ همه موارد مرتبط را علامت بزنید

مرد  
 زن  
 (یعنی نه مرد و نه زن - non-binary) جنسیت غیردوگانه  
 زن به مرد: ترانجنسیتی (transgender)  
 مرد به زن: ترانجنسیتی (transgender)  
 هویت جنسی دیگر

19. آیا یکی از والدین فرزند، اصالت مکزیکی / اسپانیایی / لاتین دارند؟

بله  
 نه  
 ناشناخته

20. نژاد فرزند شما چیست؟  
 لطفأ همه موارد مرتبط را علامت بزنید

سرخپوست / بومی آلاسکا  
 آسیایی  
 سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی  
 بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام  
 سفیدپوست / قفقازی  
 نژاد دیگر  
 ناشناخته

21. تاریخ تولد فرزند شما چه زمانی است؟

روز                      ماه                      سال

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

22. دارد Medi-Cal (Medicaid) آیا فرزند شما بیمه ؟

بله  
 نه

23. آیا اسناد کتبی و یا خدماتی که فرزند شما دریافت کرده است، به زبانی دلخواه وی بوده است؟  
 به عنوان مثال بروشورهایی که خدمات موجود، حقوق شما به عنوان مصرف کننده و مطالب آموزشی بهداشت روان را توصیف می کنند

بله  
 نه



24. در حال حاضر که در مورد خدمات دریافتی فرزند خود فکر می کنید، چه میزانی از آن از طریق درمان از راه دور بوده است؟  
 از طریق تلفن یا کنفرانس ویدیویی

هیچ  
 خیلی کم  
 تقریباً نصف آن  
 تقریباً تمام آن  
 تمام آن

25. درمان از راه دور در مقایسه با مراجعات معمول حضوری چقدر مفید بوده است؟

خیلی بدتر  
 تا حدی بدتر  
 تقریباً مشابه  
 تا حدی بهتر  
 خیلی بهتر  
 مصداق ندارد

26. ترجیح می دهم که بیشتر درمان های بهداشت روانی فرزندم در این برنامه را از طریق درمان از راه دور دریافت کنم

کاملاً مخالفم  
 مخالفم  
 نظری ندارم  
 موافقم  
 کاملاً موافقم  
 مصداق ندارد

از اینکه برای پاسخگویی به این سالات وقت گذاشتید متشکریم!



### 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

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

3450



\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*