

- نرجو مساعدة وكالتنا على تحسين خدماتها من خلال الإجابة على بعض الأسئلة. ستكون إجاباتك سرية، ولن تؤثر على الخدمات الحالية أو المستقبلية التي تتلقاها.
- 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 "أعارض بشدة"، "أعارض"، "محايد"، "أوافق"، أو "أوافق 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	موافق بشدة	أوافق	أنا محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	صحيح غير صحيح ⊙ ⊗ ⊕
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. بشكل عام، أنا راضٍ عن الخدمات التي تلقيتها. 2. أنا ساعدت في اختيار خدماتي. 3. أنا ساعدت في اختيار أهداف علاجي. 4. ظل الأشخاص الذين يساعدون معي مهما كان الأمر.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. احترم الموظفون معتقداتي الدينية / الروحية. 14. تحدثت معي الموظفون بطريقة فهمتها. 15. كان الموظفون مراعين لخفايتي الثقافية / العرقية.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها: 16. أنا أفضل في التعامل مع الحياة اليومية. 17. أتأقلم بشكل أفضل مع أفراد العائلة. 18. أتأقلم بشكل أفضل مع الأصدقاء والأشخاص الآخرين. 19. أؤدي بشكل أفضل في المدرسة و/أو العمل.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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 كنتيجة للخدمات التي تلقيتها:						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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. يرجى تقديم ما الشيء الأكثر فائدة في الخدمات التي تلقيتها خلال 6 أشهر الماضية؟ ما الشيء الذي يمكن أن يحسن الخدمات هنا؟
التعليقات هنا. نحن مهتمون بكل من الملاحظات الإيجابية والسلبية.

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



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لتعلمنا بحالك.

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

1. قبطنيا مل ك ديدحتي جري
 مع أحد الوالدين أو كليهما
 مع أحد أفراد العائلة الآخرين
 دار رعاية
 دار رعاية علاجية
 مأوى في أوقات الأزمات
- مأوى للمشردين
 بيت جماعي
 مركز علاج سكني
 مستشفى
 سجن محلي أو مرفق احتجاز
- مرفق إصلاحي حكومي
 هارب / منتشر / يعيش في الشوارع
 غير ذلك

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 تتناول أي دواء لعلاج مشاكل عاطفية / سلوكية؟

- نعم
 لا
 3a. إذا نعم، أخبرني طاقم العمل بشأن الآثار الجانبية التي ينبغي علي الانتباه لها. نعم لا

4. كم مضى على تلقك الخدمات هنا؟

- هذه زيارتي الأولى هنا
 لقد قمت بأكثر من زيارة واحدة ولكنني تلقت الخدمات
 شهرين أو أقل
 شهرين من 1 إلى 3
 شهرين من 4 إلى 6
 أكثر من عام واحد
 شهرين من 1 إلى 2

يرجى الإجابة على الأسئلة #11-16 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل أكثر من سنة واحدة

يرجى الإجابة على الأسئلة #5-10 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل سنة واحدة أو أقل

11. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 الأخيرة؟ نعم لا
12. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟ نعم لا
13. على مدى العام الماضي، هل أصبحت تعاملتك مع الشرطة...
 أقل
 مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة
 ظلت كما هي
 زادت
 غير قابل للتطبيق
 لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي
14. هل طردت أو تم إيقافك مؤقتاً خلال 12 شهراً الماضية؟ نعم لا
15. هل طردت أو تم إيقافك مؤقتاً خلال 12 شهراً السابقة لذلك؟ نعم لا
16. على مدار العام الماضي، كان عدد أيام حضورك في المدرسة:
 أكثر
 لا ينطبق ← يرجى تحديد سبب عدم انطباق هذا العنصر
 لم أواجه مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات
 طردت من المدرسة
 أنا أدرس في المنزل
 تركت المدرسة
 غير ذلك
5. هل ألقى القبض عليك منذ أن بدأت في تلقي خدمات الصحة النفسية؟ نعم لا
6. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟ نعم لا
7. نذ أن بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية، هل أصبحت تعاملتك مع الشرطة...
 أقل
 مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة
 ظلت كما هي
 زادت
 غير قابل للتطبيق
 لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي
8. هل طردت أو تم إيقافك مؤقتاً منذ بدء الخدمات؟ نعم لا
9. هل طردت أو تم إيقافك مؤقتاً خلال 12 شهراً السابقة لذلك؟ نعم لا
10. منذ بدء تلقي الخدمات، كان عدد أيام حضورك في المدرسة:
 أكثر
 لا ينطبق ← يرجى تحديد سبب عدم انطباق هذا العنصر
 لم أواجه مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات
 طردت من المدرسة
 أنا أدرس في المنزل
 تركت المدرسة
 غير ذلك

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

34416



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية للسماح لنا بمعرفة بعض الأمور عنك.

17. ما جنسك؟
 قبطني/املك ديدحتي/جردي
 ذكر
 أنثى
 غير ثنائي
18. هل تفكر في نفسك على النحو التالي:
 قبطني/املك ديدحتي/جردي
 مستقيم/محب للجنس الآخر
 لوطي أو سحاقي
 مزدوج الميول الجنسية
19. هل أنت من أصل مكسيكي/إسباني/لاتيني؟
 نعم لا غير معروف
20. ما عرقك؟
 قبطني/املك ديدحتي/جردي
 هندي أميركي/سكان ألاسكا الأصليين
 آسيوي
 أسود/أميركي أفريقي
 من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
21. ما تاريخ ميلادك؟
 يوم شهر سنة

--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--
22. Medi-Cal (Medicaid) هل لديك تأمين؟
 نعم لا
23. هل تم توفير الوثائق المكتوبة و / أو الخدمات التي تلقيتها باللغة التي تفضلها؟
 مثل الكتيبات التي تصف الخدمات المتوفرة، وحقوقك كمستهلك، والمواد التثقيفية في الصحة النفسية
 نعم لا



24. الآن بالتفكير في الخدمات التي تلقيتها، كم كان منها عن طريق الرعاية الصحية عن بعد؟
 عبر الهاتف أو
 لا شيء قليل جدا حوالي النصف الكل تقريبا الكل
25. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحية عن بُعد مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟
 أفضل بكثير أسوأ إلى حد ما نفس الشيء تقريبا أفضل إلى حد ما أفضل بكثير غير قابل للتطبيق
26. أفضل تلقي المزيد من رعاية الصحة العقلية الخاصة بي في هذا البرنامج عبر الرعاية الصحية عن بعد.
 لا أوافق بشدة لا أوافق أنا محايد أوافق موافق بشدة غير قابل للتطبيق

نشكرك على الوقت الذي استغرقتة للإجابة على هذه الأسئلة!



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

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

34416



Must be entered on EVERY page