



- Помогите, пожалуйста, нашей организации улучшить качество услуг, ответив на некоторые вопросы. Ваши ответы будут сохранены в конфиденциальности и не повлияют на нынешние или будущие услуги, которые вы.
- Пожалуйста, отвечайте на следующие вопросы на основании **ПОСЛЕДНИХ 6 МЕСЯЦЕВ** или если вы не получали услуг в течение 6 месяцев, просто ответьте на основании тех услуг, которые вы получили до сих пор. Укажите свой выбор: **Категорически не согласны, Не согласны, Не принял решения, Согласен или, Полностью согласен** для каждого из утверждений внизу. Если вопрос задается о чем-то таком, что с вами не произошло, закрасьте кружок ответа **Неприменимо** чтобы указать, что этот вопрос к вам не относится.
- Пожалуйста, закрашивайте кружок полностью.

Верный
Неверно

	Категорически не согласны	Не согласен	Не принял решения	Согласен	Полностью согласен	Не применимо
1. В общем, я удовлетворен(а) полученными мной услугами.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Я помогал(а) выбирать свои услуги.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Я помогал(а) выбирать цели моего лечения.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Люди, которые мне помогали, оставались со мной до конца.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Я знал(а), что у меня было с кем поговорить, когда я был(а) обеспокоен(а).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Я принимал(а) участие в своем собственном лечении.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Я получил(а) услуги, которые были для меня подходящими.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Местоположение предоставления услуг было удобное.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Услуги предоставлялись в удобное для меня время.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Я получил(а) помощь, которую хотел(а).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Я получил(а) помощь в таком объеме, в котором я в ней нуждался(лась).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Персонал относился ко мне с уважением.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Персонал уважал религиозные / духовные убеждения моей семьи.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Работники разговаривали со мной таким образом, что я понимал(а).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Работники проявляли деликатность к моему культурному / этническому происхождению.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Непосредственно в результате полученных мной услуг:						
16. Я лучше справляюсь с ежедневной жизнью.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Мои отношения с родственниками стали лучше.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Мои отношения с друзьями и другими людьми стали лучше.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Мои успехи в школе и / или на работе стали лучше.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Я могу лучше справляться, когда что-то происходит не так.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. В настоящее время я удовлетворен(а) своей семейной жизнью.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. У меня лучше получается делать то, что мне хочется делать.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

На вопросы с просьба отвечать касательно отношений с другими людьми, кроме отношений с вашим психотерапевтом(-ами).

Непосредственно в результате полученных мной услуг:

23. Я знаю людей, которые выслушают и поймут меня, когда мне нужно поговорить.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. У меня есть знакомые люди, с которыми мне легко разговаривать о моей проблеме(-ах).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. В кризисной ситуации я получаю необходимую мне помощь от родных или друзей.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. У меня есть люди, с которыми я могу заниматься приятными делами.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



27. Что было наиболее полезным в услугах, полученных вами на протяжении последних 6 месяцев? Что могло бы улучшить предоставляемые здесь услуги? Напишите замечания здесь. Нас интересуют как положительные, так и отрицательные отзывы.

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы, чтобы сообщить нам, как обстоят ваши дела.

1. Проживали ли вы в каком-нибудь из следующих мест на протяжении последних 6 месяцев?
просьба отметить все, что к вам относится
- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> С одним из родителей или с обоими родителями | <input type="radio"/> В стационарном лечебном центре |
| <input type="radio"/> С другим членом семьи | <input type="radio"/> В больнице |
| <input type="radio"/> В приемном доме | <input type="radio"/> В местной тюрьме или месте заключения |
| <input type="radio"/> В лечебно-оздоровительном приемном доме | <input type="radio"/> В исправительном учреждении штата |
| <input type="radio"/> В приюте для переживающих кризисную ситуацию | <input type="radio"/> Сбежал(а) из дома/ бездомный(-ая)/ живу на улице |
| <input type="radio"/> В приюте для бездомных | <input type="radio"/> Иное |
| <input type="radio"/> В групповом доме | |
2. Вы обращались к лечащему врачу (или медсестре) на протяжении прошлого года для проверки здоровья или потому что заболели?
 Да, в клинике или офисе Да, но только в больничном отделении неотложной помощи Нет Не помню
3. Вы принимаете лекарство от эмоциональных проблем или проблем с поведением?
 да Нет
- За. Если "Да", говорил ли вам доктор или медсестра, за появлением каких побочных эффектов нужно следить?
 да Нет

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



4. Примерно сколько времени вы получали здесь услуги?

- Это мой первый визит сюда
 У меня было больше одного посещения, но я получал(а) услуги менее одного месяца
- 1-2 месяцев
 3-5 месяцев
 От 6 мес. до 1 года
 Более 1 года

Пожалуйста, ответьте на вопросы № 5–10, если вы проходили лечение психического здоровья в течение



ОДИН ГОД ИЛИ МЕНЕЕ

Пожалуйста, ответьте на вопросы № 11–16, если вы проходили лечение психического здоровья в течение



БОЛЕЕ ОДНОГО ГОДА

5. Арестовывали ли вас с тех пор, как вы начали получать услуги по охране психологического здоровья? да Нет

6. Были ли вы арестованы на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? да Нет

7. С тех пор как вы начали получать услуги, ваши столкновения с полицией....

стали более редкими
например, вас не арестовывали, полиция вас не беспокоила, полиция не отводила вас в приют или программу помощи в кризисной ситуации

остались на прежнем уровне

участились

Не применимо

у меня не было столкновений с полицией в этом или прошлом году

8. Вас исключали или временно исключали со времени начала предоставления услуг? да No

9. Вас исключали или временно исключали на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? да No

10. С тех пор как вы начали получать услуги, количество проведенных вами в школе дней

увеличилось осталось примерно таким же уменьшилось

не применимо → *Пожалуйста, выберите, почему это непримен*

не имел(-а) проблем с посещаемостью до начала получения услуг

был(-а) исключен(-а) из школы

получаю домашнее образование

бросил(-а) школу

Иное

11. Были ли вы арестованы на протяжении последних 12 месяцев? да Нет

12. Были ли вы арестованы на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? да Нет

13. В течение прошлого года стали ли ваши столкновения с полицией...

стали более редкими
например, вас не арестовывали, полиция вас не беспокоила, полиция не отводила вас в приют или программу помощи в

остались на прежнем уровне

участились

Не применимо

у меня не было столкновений с полицией в этом или прошлом году

14. Вас исключали или временно исключали на протяжении последних 12 месяцев? да No

15. Вас исключали или временно исключали на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? да No

16. На протяжении прошлого года количество проведенных вами в школе дней

увеличилось осталось примерно таким же уменьшилось

не применимо → *Пожалуйста, выберите, почему это непримен*

не имел(-а) проблем с посещаемостью до начала получения услуг

был(-а) исключен(-а) из школы

получаю домашнее образование

бросил(-а) школу

Иное

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

54174



Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы, чтобы дать нам возможность немного вас узнать.

17. Какой у вас пол? *просьба отметить все, что к вам относится*
- Мужской Трансгендер: от женщины к мужчине
 Женский Трансгендер: от мужчины к женщине
 Небинарный пол Другая гендерная идентичность
18. Считаете ли вы себя: *просьба отметить все, что к вам относится*
- Натурал/гетеросексуал Другая сексуальная ориентация
 Геом или лесбиянкой Неизвестно
 Бисексуал Предпочитаю не отвечать
19. Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения? да Нет Неизвестно
20. Какой вы расы? *просьба отметить все, что к вам относится*
- Американский индеец / Уроженец Аляски Белый(ая)
 Азиат Другая раса
 Африканского происхождения / американец африканского происхождения Неизвестно
 Уроженец Гавайев / других островов Тихого Океана

21. Какая у вас дата рождения?

месяц день год
 - -

22. У вас есть медицинская страховка Medi-Cal (Medicaid)? да Нет
23. Были ли полученные вами письменные документы и/или услуги предоставлены на предпочтительном для вас языке? *например, брошюры, описывающие имеющиеся услуги, ваши права как потребителя и материалы по просвещению о психическом здоровье* да Нет

24. Вспомните о полученных услугах, какая часть из них была через telehealth? *по телефону или через видео-конференцию*


Нисколько Очень мало Примерно половина Почти все Все

25. Насколько полезными были ваши телемедицинские консультации по сравнению с традиционными личными визитами?

Намного хуже Несколько хуже Примерно такой же Несколько лучше Намного лучше Не применимо

26. Я бы предпочел(-ла) получать лечение психического здоровья в большем объеме в рамках этой программы с помощью телемедицины.

Категорически не согласны Не согласен Отношусь нейтрально Согласен Полностью согласен
 Не применимо



 **Спасибо, что нашли время ответить на эти вопросы!**

FOR OFFICE USE ONLY

County Code: Date of Survey Administration: / / 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

