

- 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 آخر 6 أشهر، أو إذا لم تتلق أي خدمات لمدة 6 أشهر، فما عليك سوى تقديم إجابات بناءً على الخدمات التي تلقيتها حتى الآن. يرجى تحديد ما إذا كنت موافقاً بشدة أو موافقاً أو متردداً أو غير موافق أو لا توافق بتاتا على كل من العبارات أدناه.
- حدد "" غير قابل للتطبيق "" إذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تجربه.

- يرجى ملء الدائرة بالكامل.
- صحيح  
 غير صحيح

موافق بشدة	أوافق	أنا محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	غير قابل للتطبيق
<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"/>	<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"/>
<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"/>	<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"/>
<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"/>	<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"/>
<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"/>	<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"/>
<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"/>	<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"/>
<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"/>	<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"/>
<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"/>	<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

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

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

DHCS 1744 AB



غير قابل للتطبيق	لا أوافق بشدة	لا أوافق	أنا محايد	أوافق	موافق بشدة	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. ساعدني طاقم العمل في الحصول على المعلومات التي احتجتها بحيث يمكنني تحمل مسؤولية التحكم في مرضي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. لقد تم تشجيعي على استخدام البرامج التي يديرها المستهلك، مجموعات الدعم، مراكز المساعدة، خطوط هاتف الأزمات إلخ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. أنعمت بفعالية أكبر مع مشاكلي اليومية.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. أتمتع بقدرة أفضل على التحكم في حياتي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. أتمتع بقدرة أفضل على التعامل مع الأزمات.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24. أصبحت علاقتي أفضل بأسرتي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. أصبحت أفضل أداءً في المواقف الاجتماعية.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. تحسن إنجازي في المدرسة و/أو العمل.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27. تحسن وضعي المنزلي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28. ما عادت أعرضي تزعجني بنفس القدر.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29. أقوم بأمر أكثر تعيني.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30. أصبحت قدرتي أفضل على العناية باحتياجاتي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31. أصبحت قدرتي أفضل على معالجة الأمور حين تسوء.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	32. أصبحت قدرتي أفضل على القيام بالأمور التي أود القيام بها.
يرجى الإجابة عنها بالنسبة لعلاقتك مع أشخاص غير مزود/مزودي رعايتك النفسية						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33. أنا سعيد بصادقاتي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34. لدي في حياتي أشخاص أشاركهم القيام بأمور ممتعة.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35. أشعر بالانتماء في مجتمعي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36. في الأزمة، أحصل على الدعم الذي أحجته من الأسرة أو الأصدقاء.

\* CSI County Client Number

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

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



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لتعلمنا بحالك

1. كم مضى على تلقيك الخدمات هنا؟  
 ○ هذه زيارتي الأولى هنا  
 ○ لقد قمت بأكثر من زيارة واحدة ولكنني تلقيت الخدمات لأقل من شهر  
 ○ 2-1 شهر  
 ○ 3-5 شهر  
 ○ 6 أشهر إلى عام واحد  
 ○ أكثر من عام واحد

يرجى الإجابة على الأسئلة #5-7 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل أكثر من سنة واحدة	يرجى الإجابة على الأسئلة #2-4 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل سنة واحدة أو أقل
<p>5. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 الماضية؟                  ○ نعم ○ لا</p> <p>6. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟                  ○ نعم ○ لا</p> <p>7. على مدى العام الماضي، هل أصبحت تعاملاتك 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</p>	<p>2. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية؟                  ○ نعم ○ لا</p> <p>3. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟                  ○ نعم ○ لا</p> <p>4. نذ أن بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية، هل أصبحت تعاملاتك 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</p>

\* CSI County Client Number

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

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



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية للسماح لنا بمعرفة بعض الأمور عنك

8. ما جنسك؟  
 ○ ذكر  
 ○ أنثى  
 ○ غير ثنائي
9. هل تفكر في نفسك  
 على النحو التالي:  
 قبطني ام ل ك ديدحتي جري  
 ○ مستقيم/محب للجنس الآخر  
 ○ لوطي أو سحاقية  
 ○ مزدوج الميول الجنسية
10. هل أنت من أصل مكسيكي/إسباني/لاتيني؟  
 ○ نعم  
 ○ لا  
 ○ غير معروف
11. ما عرقك؟  
 قبطني ام ل ك ديدحتي جري  
 ○ هندي أميركي/سكان أسكا الأصليين  
 ○ أسوي  
 ○ أسود/أميركي أفريقي  
 ○ من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

12. ما تاريخ ميلادك؟

يوم	شهر	سنة
□ □	□ □	□ □ □ □

13. 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



14. الآن بالتفكير في الخدمات التي تلقيتها، كم كان منها عن طريق الرعاية الصحية  
 عن بعد؟  
 ○ لا شيء  
 ○ قليل جدا  
 ○ حوالي النصف  
 ○ الكل تقريبا  
 ○ الكل

15. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحية عن بُعد مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟  
 ○ أسوأ بكثير  
 ○ أسوأ إلى حد ما  
 ○ نفس الشيء تقريبا  
 ○ أفضل إلى حد ما  
 ○ أفضل بكثير  
 ○ غير قابل للتطبيق

16. 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

17. يرجى إدراج التعليقات هنا و/أو على ظهر هذا النموذج إن احتجت. إننا مهتمون بأرائك السلبية والإيجابية. كما نرجو منك أن تدو  
 ن هنا أي مجالات أخرى لم يتم تغطيتها في هذا الاستبيان والتي تشعر أنه قد كان لا بد من ذكرها. شكراً لك على وقتك وتعاونك  
 في تعبئة هذا الاستبيان.

نشكرك على الوقت الذي استغرقته 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

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

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

9935

