

- 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 موافقًا بشدة أو موافقًا أو مترددًا 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

24254

DHCS 1744 AB

Must be entered on EVERY page

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"/>

19. ساعدني طاقم العمل في الحصول على المعلومات التي احتجتها بحيث يمكنني تحمل مسؤولية التحكم في مرضي.
20. لقد تم تشجيعي على استخدام البرامج التي يديرها المستهلك، مجموعات الدعم، مراكز المساعدة، خطوط هاتف الأزمات إلخ

كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها
21. أتعامل بفعالية أكبر مع مشاكلي اليومية.
22. أتمتع بقدرة أفضل على التحكم في حياتي.
23. أتمتع بقدرة أفضل على التعامل مع الأزمات.
24. أصبحت علاقتي أفضل بأسرتي.

25. أصبحت أفضل أداءً في المواقف الاجتماعية.
26. تحسن إنجازي في المدرسة و/أو العمل.
27. تحسن وضعي المنزلي.
28. ما عادت أعراضني تزعجني بنفس القدر.

29. أقوم بأمور أكثر تعيني.
30. أصبحت قدرتي أفضل على العناية باحتياجاتي.
31. أصبحت قدرتي أفضل على معالجة الأمور حين تسوء.
32. أصبحت قدرتي أفضل على القيام بالأمور التي أود القيام بها.

يرجى الإجابة عنها بالنسبة لعلاقاتك مع أشخاص غير مزود/مزودي رعايتك النفسية

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"/>

كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها
33. أنا سعيد بصداقاتي.
34. لدي في حياتي أشخاص أشاركهم القيام بأمور ممتعة.
35. أشعر بالانتماء في مجتمعي.
36. في الأزمة، أحصل على الدعم الذي أحتاجه من الأسرة أو الأصدقاء.

أسئلة جودة الحياة

يرجى الإجابة على كل من الأسئلة التالية بملء الدائرة التي تشير إلى أفضل وصف لتجربتك أو شعورك. يرجى ملء دائرة واحدة فقط لكل سؤال. لبعض الأسئلة، يمكنك اختيار "لا ينطبق" إن كان السؤال لا ينطبق عليك.

مبتهج	سعيد	راض بالآغلب	متفاوت	غير راض بالآغلب	حزين	فظيع
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

الرضا العام عن الحياة

1. ما شعورك تجاه حياتك عمومًا؟

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



ظرف الحياة

فكّر في ظرف حياتك الحالي:

2. كيف تشعر فيما يتعلق بكل مما يلي
- ترتيبات المعيشة حيث تعيش؟
 - خصوصيتك في مكان عيشك؟
 - احتمال أن تظل حيث تعيش حاليًا لفترة طويلة من الزمن؟

مبتهج	سعيد	راض بالأغلب	متفاوت	غير راض بالأغلب	حزين	فظيع
<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"/>

الأنشطة اليومية والأداء

فكّر في كيفية قضائك لوقت فراغك:

3. كيف تشعر فيما يتعلق بكل مما
- الطريقة التي تقضي بها وقت فراغك؟
 - فرصتك في التمتع بأمر ممتعة أو جميلة؟
 - مقدار ما تحصل عليه من المرح؟
 - مقدار الاسترخاء في حياتك؟

مبتهج	سعيد	راض بالأغلب	متفاوت	غير راض بالأغلب	حزين	فظيع
<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"/>

الأسرة

4. كيف تشعر فيما يتعلق بكل مما
- طريقة التعامل بينك وبين أسرتك؟
 - كيفية سير الأمور بشكل عام بينك وبين أسرتك؟

غير قابل للتطبيق	مبتهج	سعيد	راض بالأغلب	متفاوت	غير راض بالأغلب	حزين	فظيع
<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"/>

العلاقات الاجتماعية

5. كيف تشعر فيما يتعلق بكل مما
- الأمور التي تقوم بها مع أشخاص آخرين؟
 - مقدار الوقت الذي تمضيه مع أشخاص آخرين؟
 - الأشخاص الذين تلتقي بهم من الناحية الاجتماعية؟
 - مقدار الصداقة في حياتك؟

غير قابل للتطبيق	مبتهج	سعيد	راض بالأغلب	متفاوت	غير راض بالأغلب	حزين	فظيع
<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"/>

النواحي القانونية والأمن

6. لال الشهر الماضي، هل كنت ضحية لأي مما يلي:

- أي جرائم عنف مثل الاعتداء بالضرب، أو الاغتصاب، أو سطو أو النهب؟
- أي جرائم غير عنيفة مثل اقتحام أو سرقة ممتلكاتك أو نقودك، أو التعرض للغش؟

○ نعم ○ لا
○ نعم ○ لا

7. في الشهر الماضي، كم مرة تم اعتقالك لأي جرائم؟

○ لم أتعرض للاعتقال ○ مرة واحدة ○ مرتان ○ 3 مرات ○ 4 مرات أو أكثر

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

24254



مبتهج	سعيد	راض بالأغلب	متفاوت	غيرراض بالأغلب	حزين	فظيع
<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"/>

- النواحي القانونية والأمن
8. كيف تشعر فيما يتعلق بكل مما
- a. مدى أمنك في الشوارع في حيك؟
- b. مدى أمنك في مكان سكنك؟
- c. تمتعك بالحماية ضد التعرض للسرقة أو التهجم؟

الصحة

9. بشكل عام، هل تقول إن صحتك: ممتازة جيدة جداً جيدة مقبولة سيئة

مبتهج	سعيد	راض بالأغلب	متفاوت	غيرراض بالأغلب	حزين	فظيع
<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"/>

10. كيف تشعر فيما يتعلق بكل مما
- a. صحتك بشكل عام؟
- b. وضعك الجسماني؟
- c. سعادتك العاطفية؟

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
- شهور 1-2
- شهور 3-5
- شهور إلى عام واحد 6
- 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

5. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12
الأخيرة؟

○ نعم ○ لا

2. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة
النفسيّة؟

○ نعم ○ لا

6. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل
ذلك؟

○ نعم ○ لا

3. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل
ذلك؟

○ نعم ○ لا

7. على مدى العام الماضي، هل أصبحت تعاملاتك مع
الشرطة....

○ أقل

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

مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقني الشرطة، أو
لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة

○ ظلت كما هي

○ ظلت كما هي

○ زادت

○ زادت

○ غير قابل للتطبيق

○ غير قابل للتطبيق

لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي

لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي

* 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
 ○ متحول جنسيا: أنثى إلى ذكر
 ○ متحول جنسيا: ذكر إلى أنثى
 ○ هوية جنسية أخرى

9. هل تفكر في نفسك على النحو التالي:
 ○ مستقيم/محب للجنس الآخر
 ○ لوطي أو سحاقية
 ○ مزدوج الميول الجنسية
 ○ توجه جنسي آخر
 ○ غير معروف
 ○ أفضل عدم الإجابة

10. هل أنت من أصل مكسيكي/إسباني/لاتيني؟
 ○ نعم
 ○ لا
 ○ غير معروف

11. ما عرقك؟
 ○ هندي أمريكي/سكان الأسكا الأصليين
 ○ أسباني
 ○ أسود/أميركي أفريقي
 ○ من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
 ○ أبيض/قوقازي
 ○ عرق آخر
 ○ غير معروف

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 بعد 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 تدوّن 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]	[5]
-------	-------	---	-----	-----	---	-------	-------	-------	-------

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

24254

