

• يرجى مساعدة وكالتنا على تحسين الخدمات بالرد على بعض الأسئلة. وتتمتع إجاباتك بالسرية ولن تؤثر على الخدمات الحالية أو المستقبلية.

• يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بناءً على آخر 6 أشهر أو في حالة عدم تلقي خدمات لمدة 6 أشهر، ما عليك سوى تقديم إجابات بناءً على الخدمات التي تلقيتها حتى الآن. حدد ما إذا كنت لا توافق بشدة أو لا توافق أو متردد أو توافق أو توافق بشدة على كل عبارة من العبارات أدناه. وإذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تجربته أنت أو طفلك، فظل دائرة "لا ينطبق" للإشارة إلى أن هذا العنصر لا ينطبق.

غير قابل للتطبيق	موافق بشدة	أوافق	أنا محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	صحيح غير صحيح ⊙ ⊗ ⊙
<input type="radio"/>	1. بشكل عام، أنا راضٍ عن الخدمات التي يتلقاها طفلي.					
<input type="radio"/>	2. أنا ساعدت في اختيار خدمات طفلي.					
<input type="radio"/>	3. أنا ساعدت في اختيار أهداف علاج طفلي.					
<input type="radio"/>	4. ظل الأشخاص الذين يساعدون طفلي معنا مهما كان الأمر.					
<input type="radio"/>	5. شعرت أن طفلي لديه شخص يتحدث إليه عندما يكون مضطربًا.					
<input type="radio"/>	6. شاركت في علاج طفلي.					
<input type="radio"/>	7. كانت الخدمات التي تلقاها طفلي و/أو عائلتي مناسبة لنا.					
<input type="radio"/>	8. كان موقع الخدمات مناسبًا لنا.					
<input type="radio"/>	9. كانت الخدمات متوفرة في أوقات كانت مناسبة لنا.					
<input type="radio"/>	10. حصلت عائلتي على المساعدة التي أريدها لطفلي.					
<input type="radio"/>	11. حصلت عائلتي على المساعدة بقدر حاجة طفلي إليها.					
<input type="radio"/>	12. عاملني الموظفون باحترام.					
<input type="radio"/>	13. احترم الموظفون المعتقدات الدينية / الروحية لعائلتي.					
<input type="radio"/>	14. تحدث معي الموظفون بطريقة فهمتها.					
<input type="radio"/>	15. كان الموظفون مراعيين لخلفيتي الثقافية / العرقية.					
<input type="radio"/>	نتيجة للخدمات التي تلقاها طفلي و/أو عائلتي:					
<input type="radio"/>	16. طفلي أفضل في التعامل مع الحياة اليومية.					
<input type="radio"/>	17. يتأقلم طفلي بشكل أفضل مع أفراد العائلة.					
<input type="radio"/>	18. يتأقلم طفلي بشكل أفضل مع الأصدقاء والأشخاص الآخرين.					
<input type="radio"/>	19. يؤدي طفلي بشكل أفضل في المدرسة و/أو العمل.					
<input type="radio"/>	20. طفلي أفضل قدرة على التعامل عندما تسير الأمور على نحو خاطئ.					
<input type="radio"/>	21. أشعر بالرضا عن حياتي العائلية الآن.					
<input type="radio"/>	22. طفلي أفضل قدرة على فعل الأشياء التي يريد فعلها.					

يرجى الإجابة عن العلاقات مع الأشخاص الآخرين غير مقدم (مقدمي) خدمات الصحة النفسية لنتيجة للخدمات التي تلقيتها

غير قابل للتطبيق	موافق بشدة	أوافق	أنا محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	نتيجة للخدمات التي تلقاها طفلي و/أو عائلتي:
<input type="radio"/>	23. أعرف أشخاصًا سيستمعون إلي ويفهموني عندما أحتاج إلى التحدث.					
<input type="radio"/>	24. لدي أشخاص أشعر بالراحة عند التحدث معهم حول مشكلة (مشاكلي) طفلي.					
<input type="radio"/>	25. في حالة وقوع أزمة، سأحصل على الدعم الذي أحتاجه من العائلة أو الأصدقاء.					
<input type="radio"/>	26. لدي أشخاص يمكنني أداء أنشطة ممتعة معهم.					

27. ما الشيء الأكثر فائدة في الخدمات التي تلقيتها أنت وطفلك خلال 6 أشهر الماضية؟ ما الشيء الذي يمكن أن يحسن الخدمات هنا؟ يرجى تقديم التعليقات هنا و/أو على ظهر هذا النموذج، إذا لزم الأمر. نحن مهتمون بكل من الملاحظات الإيجابية والسلبية.

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لتخبرنا عن حالة طفلك

1. هل يعيش طفلك حاليًا معك؟ نعم لا

2. هل عاش طفلك في أي من الأماكن التالية خلال 6 أشهر الماضية؟
قبطنيام لك 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

3. خلال العام الماضي، هل زار طفلك طبيبًا (أو ممرضًا) لإجراء فحص طبي أو بسبب مرضه؟
 نعم، في عيادة نعم، لكن فقط في مستشفى أو غرفة طوارئ لا لا أتذكر

4. هل يتناول طفلك أي دواء لعلاج مشاكل عاطفية / سلوكية؟ نعم لا

4a. ذا كانت الإجابة بنعم، فهل أخبرك الطبيب أو الممرض أنت و/أو طفلك عن الآثار الجانبية التي يجب مراقبتها؟ نعم لا

5. منذ متى تقريبًا يتلقى طفلك الخدمات هنا؟ هذه هي الزيارة الأولى لطفلي هنا أجرى لدى طفلي أكثر من زيارة ولكنه تلقى خدمات لمدة تقل عن شهر واحد أشهر 1-2 أشهر 3-5 أشهر إلى عام واحد أكثر من عام واحد

يرجى الإجابة على الأسئلة #11-17 إذا كان طفلك يتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل سنة واحدة أو أقل

يرجى الإجابة على الأسئلة #6-11 إذا كان طفلك يتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل سنة واحدة أو أقل

12. هل ألقى القبض على طفلك خلال 12 شهرًا الماضية؟ نعم لا

6. هل ألقى القبض على طفلك منذ أن بدأ في تلقي خدمات الصحة النفسية؟ نعم لا

13. هل ألقى القبض على طفلك خلال 12 شهرًا السابقة لذلك؟ نعم لا

7. هل ألقى القبض على طفلك خلال 12 شهرًا السابقة لذلك؟ نعم لا

14. خلال العام الماضي، هل كانت مواجهات طفلك مع الشرطة...
 أقل

8. منذ أن بدأ طفلك تلقي خدمات الصحة النفسية، هل كان المواجهات بينه وبين الشرطة...
 أقل

على سبيل المثال، لم يُلقَ القبض عليه أو لم يواجه مشاحنات مع الشرطة أو تصطحبه الشرطة إلى مأوى أو برنامج أزمات
 ظلت كما هي زادت غير قابل للتطبيق
لم تحدث له أي مواجهات مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي

على سبيل المثال، لم يُلقَ القبض عليه أو لم يواجه مشاحنات مع الشرطة أو تصطحبه الشرطة إلى مأوى أو برنامج أزمات
 ظلت كما هي زادت غير قابل للتطبيق
لم تحدث له أي مواجهات مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي

15. هل طرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا خلال 12 شهرًا الماضية؟ نعم لا

9. هل طرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا منذ بدء الخدمات؟ نعم لا

16. هل طرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا منذ بدء الخدمات؟ نعم لا

10. هل طرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا منذ بدء الخدمات؟ نعم لا

17. على مدار العام الماضي، كان عدد أيام حضور طفلي في المدرسة:
 أكثر كما هي تقريبًا أقل
 لا ينطبق ← يرجى تحديد سبب عدم انطباق هذا العنصر

11. منذ بدء تلقي الخدمات، كان عدد أيام حضور طفلي في المدرسة:
 أكثر كما هي تقريبًا أقل
 لا ينطبق ← يرجى تحديد سبب عدم انطباق هذا العنصر

لم يواجه الطفل مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات
 طفلي أصغر من أن يلتحق بالمدرسة
 طُرد الطفل من المدرسة
 يدرس الطفل في المنزل
 ترك الطفل المدرسة
 غير ذلك

لم يواجه الطفل مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات
 طفلي أصغر من أن يلتحق بالمدرسة
 طُرد الطفل من المدرسة
 يدرس الطفل في المنزل
 ترك الطفل المدرسة
 غير ذلك

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

57024



يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لتخبرنا قليلاً عن نفسك.

18. ما نوع جنس طفلك؟
 ذكر
 أنثى
 غير ثنائي
19. هل أحد والدي الطفل من أصل مكسيكي / إسباني / لاتيني؟
 نعم لا غير معروف
20. ما الأصل العرقي لطفلك؟
 هندي أمريكي/سكان ألاسكا الأصليين
 آسيوي
 أسود/أميركي أفريقي
 من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
21. ما تاريخ ميلاد طفلك؟
 سنة - شهر - يوم
22. هل لدى طفلك تأمين Medi-Cal (Medicaid)؟
 نعم لا
23. هل تم توفير الوثائق المكتوبة و / أو الخدمات التي تلقاها طفلك باللغة التي يفضلها؟
 نعم لا



24. الآن، بالتفكير في الخدمات التي تلقاها طفلك، كم كانت نسبة هذه الخدمات التي تمت عن طريق الرعاية الصحية عن بعد؟
 عبر الهاتف أو
 لا شيء قليل جداً حوالي النصف الكل تقريباً الكل
25. كم كانت زيارات الرعاية الصحية عن بعد مفيدة لطفلكم مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟
 أسوأ بكثير أسوأ إلى حد ما نفس الشيء تقريباً أفضل إلى حد ما أفضل بكثير غير قابل للتطبيق
26. فضّل تلقي المزيد من رعاية الصحة العقلية الخاصة بطفلي 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:

 / /

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

57024



Must be entered on EVERY page