



- 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 или ваш ребенок получаете или получите. Для каждого элемента опроса ниже, пожалуйста, заполните кружок, который соответствует вашему выбору.
- Пожалуйста, отвечайте на следующие вопросы на основании ПОСЛЕДНИХ 6 МЕСЯЦЕВ или если вы не получали услуг в течение 6 месяцев, просто отвечайте на основании тех услуг, которые вы получали до сих пор. Укажите свой выбор: **Категорически не согласны**, **Не согласны**, **Не принял решения**, **Согласны** или **Полностью согласны** для каждого из утверждений внизу. Выберите «**Неприменимо**», если вопрос касается чего-то, с чем вы или ваш ребенок не сталкивались.

| Пожалуйста, закрашивайте кружок полностью. | Верный ● Неверно ○ ⊗ ⊙ ✓ | Категорически не согласны | Не согласны | Не принял решения | Согласны | Полностью согласны | Неприменимо |
|--|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. В общем, я удовлетворен(а) полученными моим ребенком услугами. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Я помогал(а) выбирать услуги для моего ребенка. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Я помогал(а) выбирать цели лечения моего ребенка. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Люди, которые помогали моему ребенку, оставались с нами 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 моего ребенка было с кем поговорить, когда он / она 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 лечении моего ребенка. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Услуги, полученные моим ребенком и / или семьей, были для нас подходящими | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Местоположение предоставления услуг было удобным для нас. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Услуги предоставлялись в удобное для нас время. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Моя семья получила помощь, которую мы хотели для своего ребенка. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Моя семья получила помощь в таком объеме, в котором нуждался наш ребенок. | | <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"/> |
| В результате полученных моим ребенком и / или семьей услуг: | | | | | | | |
| 16. Мой ребенок лучше справляется с ежедневной жизнью. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Отношения моего ребенка с членами семьи стали лучше. | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Отношения моего ребенка 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. Успехи моего ребенка 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. Мой ребенок может 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. Мой ребенок лучше умеет делать то, что ему хочется делать | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <i>На вопросы с 23 по 26 просьба отвечать касательно отношений с другими людьми, кроме отношений с вашим</i> | | | | | | | |
| В результате полученных моим ребенком и / или семьей 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 говорить о проблеме(-ах) моего ребенка | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. В кризисной ситуации я получаю помощь родных и 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"/> |

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

42491

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DHCS 1744 RU



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

Просьба ответить на следующие вопросы, чтобы рассказать нам, как обстоят дела у вашего ребенка.

1. Ваш ребенок сейчас живет с вами? Да Нет
2. Проживал ли ваш ребенок в каком-нибудь из этих 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 | |
3. За последний год обращался ли ваш ребенок к лечащему врачу (или медсестре) для проверки здоровья или потому что заболел?
 Да, в клинике или офисе Да, но только в больничном отделении неотложной помощи Нет Не помню
4. Принимает ли ваш ребенок лекарство от эмоциональных проблем или проблем с поведением?
 Да Нет
- 4а. Если "Да", говорил ли доктор или медсестра вам и/или вашему ребенку о том, за появлением каких побочных эффектов нужно следить?
 Да Нет

* CSI County Client Number

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Must be entered on EVERY page



5. 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 № 6–11, если ваш ребенок проходил лечение психического здоровья в течение



ОДИН ГОД ИЛИ МЕНЕЕ

Пожалуйста, ответьте на вопросы № 12–17, если ваш ребенок проходил лечение психического здоровья в течение



БОЛЕЕ ОДНОГО ГОДА

6. Арестовывали ли вашего ребенка с тех пор, как он начал получать услуги по охране психологического здоровья? Да Нет
7. Был ли ваш ребенок арестован на протяжении 12 месяцев до этого? Да Нет
8. С тех пор как ваш ребенок начал получать услуги по охране психологического здоровья, его столкновения с полицией...
 Стали более редкими
например, ребенка не арестовывали, полиция его не беспокоила или не отводила в приют или программу помощи в кризисной ситуации
 Остались на прежнем уровне
 Участились
 Неприменимо
не было столкновений с полицией в этом или прошлом году
9. Вашего ребенка исключали или временно исключали со времени начала предоставления услуг? Да Нет
10. Вашего ребенка исключали или временно исключали на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? Да Нет
11. С тех пор как мой ребенок начал получать услуги, количество проведенных им в школе дней
 увеличилось осталось примерно таким же уменьшилось
 Неприменимо → *Пожалуйста, выберите, почему это неприменимо*
 до начала получения услуг ребенок не имел проблем с
 ребенок слишком маленький, чтобы учиться в школе
 ребенок был исключен из школы
 ребенок получает домашнее образование
 до начала получения услуг ребенок не имел проблем с посещаемостью
 Иное

12. Был ли ваш ребенок арестован на протяжении последних 12 месяцев? Да Нет
13. Был ли ваш ребенок арестован на протяжении 12 месяцев до этого? Да Нет
14. На протяжении прошлого года столкновения вашего ребенка с полицией...
 Стали более редкими
например, ребенка не арестовывали, полиция его не беспокоила или не отводила в приют или программу помощи в кризисной ситуации
 Остались на прежнем уровне
 Участились
 Неприменимо
не было столкновений с полицией в этом или прошлом году
15. Был ли ваш ребенок исключен или временно исключен на протяжении последних 12 месяцев? Да Нет
16. Вашего ребенка исключали или временно исключали на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? Да Нет
17. На протяжении прошлого года количество дней, проведенных моим ребенком в школе
 увеличилось осталось примерно таким же уменьшилось
 Неприменимо → *Пожалуйста, выберите, почему это неприменимо*
 до начала получения услуг ребенок не имел проблем с
 ребенок слишком маленький, чтобы учиться в школе
 ребенок был исключен из школы
 ребенок получает домашнее образование
 до начала получения услуг ребенок не имел проблем с посещаемостью
 Иное

* CSI County Client Number

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Must be entered on EVERY page



42491



**Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы,
чтобы дать нам возможность немного узнать о вашем ребенке.**

18. Какой пол у вашего ребенка?
просьба отметить все, что к вам относится
- Мужской
 Женский
 Небинарный пол
 Трансгендер: от женщины к мужчине
 Трансгендер: от мужчины к женщине
 Другая гендерная идентичность
19. Кто-нибудь из родителей ребенка имеет мексиканское / испанское / латиноамериканское происхождение?
 Да Нет Неизвестно
20. Какой расы ваш ребенок?
просьба отметить все, что к вам относится
- Американский индеец / Уроженец Аляски
 Азиат
 Африканского происхождения / американец африканского происхождения
 Уроженец Гавайев / других островов Тихого Океана
 Белый(ая)
 Другая раса
 Неизвестно

21. Какая у вашего ребенка дата рождения?

месяц день год

- -


22. У вашего ребенка есть медицинская страховка Medi-Cal (Medicaid)? Да Нет
23. Были ли полученные вашим ребенком письменные документы и/или услуги предоставлены на предпочитаемом для него/ее языке?
например, брошюры, описывающие имеющиеся услуги, ваши права как потребителя и материалы по просвещению о психическом здоровье Да Нет

24. А теперь, подумав об услугах, которые получал ваш ребенок, ответьте, какая часть из них была получена посредством телемедицины?
по телефону или через видео-конференцию

Нисколько Очень мало Примерно половина Почти все Все

25. Насколько полезными были телемедицинские консультации по сравнению с традиционными личными посещениями вашего ребенка?
 Намного хуже Несколько хуже Примерно такой же Несколько лучше Намного лучше Не применимо

26. Я бы предпочел(-ла), чтобы мой ребенок получал лечение психического здоровья в большем объеме в рамках этой программы с помощью телемедицины.
 Категорически не согласны Не согласен Отношусь нейтрально Согласен Полностью согласны
 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



Must be entered on EVERY page