

لاستخدام الاستخدام
المسلاستخدام

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

Treatment Setting (required): OP/IOP Residential OTP/NTP Detox/WM (standalone) Partial hospitalization

• يرجى الإجابة على هذه الأسئلة حول تجربتك في هذا البرنامج للمساعدة في تحسين الخدمات. إجاباتك سرية ولن تؤثر على الخدمات الحالية أو المستقبلية التي تتلقاها



• إذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تختبره ، فحدد "غير قابل للتطبيق"

• ، يجب أن تكون إجاباتك واضحة للقراءة بواسطة جهاز الكمبيوتر لذلك، يرجى استخدام قلم وملء الدائرة تماما، واختيار إجابة واحدة

غير قابل للتطبيق
لا أوافق بشدة
أنا محايد
أوافق
موافق بشدة

1. فقط لكل سؤال موقع الخدمات كان مناسباً بالنسبة لي

2. كانت الخدمات متوفرة في أوقات مناسبة بالنسبة لي

3. خبرتي كانت جيدة في الالتحاق بالعلاج

4. لقد عملت انا و مستشاري معاً من أجل أهداف العلاج

5. تلقيت خدمات كانت مناسبة لي

6. عاملني الموظفون باحترام

7. أشعر أن مستشاري أخذ الوقت للاستماع إلى ما كان علي قوله

8. لقد طورت علاقة إيجابية وثقة مع مستشاراتي

9. كان الموظفون حساسين لخلفيتنا الثقافية (العرق، الدين، اللغة، وما إلى ذلك)

10. أشعر أن مستشاري كان يهتم بي بإخلاص وفهمي

11. أحببت مستشاري هنا

12. مستشاري قادر على مساعدتي

13. نا يتأكدون من تلبية احتياجاتي الصحية والعاطفية (إختبارات بدنية، مكتئب المزاج، وما إلى ذلك)

14. ساعدني الموظفون هنا في القضايا والأمور الأخرى التي تتعلق بالنظم القانونية / فترة المراقبة، والنظم الأسرية والتعليمية

15. وقدم مستشاري الخدمات اللازمة لعائلتي

16. كنتيجة للخدمات التي تلقيتها ، أصبحت أقدر على القيام بأشياء أريد القيام بها

17. بشكل عام. أنا راضٍ عن الخدمات التي تلقيتها

18. سوف أوصي بالخدمات للأصدقاء الذين يحتاجون إلى مساعدة مماثلة



19. الآن بالتفكير في الخدمات التي تلقيتها ، كم كان منها عن طريق الرعاية الصحية عن بعد (عبر الهاتف أو مؤتمرات الفيديو)؟
لا شيء ○ قليل جداً ○ حوالي النصف ○ الكل تقريباً ○ الكل ○

20. يرجى إعلامنا بتعليقاتك. ما هو الأكثر فائدة حول هذا البرنامج؟ ماذا يمكنك التغيير حول هذا البرنامج؟
يرجى عدم كتابة أي معلومات قد تحدد هويتك. على سبيل المثال ، لا تكتب اسمك أو رقم هاتفك

أخبرنا الآن قليلاً عن نفسك

21. المدة التي تلقيت فيها الخدمات هنا
أقل من شهر واحد ○ من 1-5 أشهر ○ 6 أشهر أو أكثر ○

22. الجنس (يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق)
إنثي ○ ذكر ○ متحول جنسيا ○ هوية جنس أخرى ○

23. العرق / العرق (يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ○ مواطن من هاواي / من جزر المحيط الهادئ | ○ أمريكي هندي / مواطن أصلي من ألاسكا |
| ○ أبيض | ○ آسيوي |
| ○ آخر | ○ أسود / أمريكي أفريقي |
| ○ غير معروف | ○ لاتيني |

24. العمر

