

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"/>	كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. أتعامل بفعالية أكبر مع مشاكل 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 أعرضني بنفس القدر.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29. أقوم بأمور 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 لعلاقاتك 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"/>	كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33. أنا سعيد بصداقتي.
<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 الأزمات، أحصل على الدعم الذي أحтаجه 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
 - ☐ شهر 1-2
 - ☐ شهر 3-5
 - ☐ شهر 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
<p>5. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا</p> <p>الأخيرة؟</p> <p>6. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا</p> <p>ذلك؟</p> <p>7. على مدى العام الماضي، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة....</p> <p><input type="radio"/> أقل</p> <p>مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة</p> <p><input type="radio"/> ظلت كما هي</p> <p><input type="radio"/> زادت</p> <p><input type="radio"/> غير قابل للتطبيق</p> <p>لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي</p>	<p>2. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا</p> <p>النفوس؟</p> <p>3. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا</p> <p>ذلك؟</p> <p>4. نذ أن بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة....</p> <p><input type="radio"/> أقل</p> <p>مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة</p> <p><input type="radio"/> ظلت كما هي</p> <p><input type="radio"/> زادت</p> <p><input type="radio"/> غير قابل للتطبيق</p> <p>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

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

- ذكر
○ أنثى
○ غير ثنائي

8. ما جنسك؟

قبطني ام لك ديدحتى جري

- توجه جنسي آخر
○ غير معروف
○ أفضل عدم الإجابة

- مستقيم/محب للجنس الآخر
○ لوطي أو سحاقية
○ مزدوج الميول الجنسية

9. هل تفكر في نفسك

على النحو التالي:

قبطني ام لك ديدحتى جري

10. هل أنت من أصل مكسيكي/إسباني/لاتيني؟

○ لا

○ نعم

- هندي أمريكي/سكان ألاسكا الأصليين
○ أسوي
○ أسود/أميركي أفريقي
○ من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

11. ما عرقك؟

قبطني ام لك ديدحتى جري

يوم	شهر	سنة
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. ما تاريخ ميلادك؟

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؟

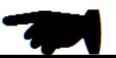
- أسوأ بكثير ○ أسوأ إلى حد ما ○ نفس الشيء تقريبا ○ أفضل إلى حد ما ○ أفضل بكثير
○ غير قابل للتطبيق

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 تدوّن هنا أي مجالات أخرى لم يتم تغطيتها في هذا الاستبيان والتي تشعر أنه قد كان لا بد من ذكرها. شكرًا لك على وقتك وتعاونك في تعبئة هذا الاستبيان.

نشكرك على الوقت الذي استغرقتة للإجابة على هذه الأسئلة!



FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

Date of Survey Administration:

County Reporting Unit (optional):

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

0	5
---	---

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

2	0	2	5
---	---	---	---

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

27452



Must be entered on EVERY page