

County / Provider

Use Only

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

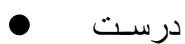
مقدار
لاملا
لذتی
کاربرد
منتهی
جهتی

لطفاً جهت بهبود خدمات، به پرسش های زیر در مورد تجربه خود در برنامه پاسخ دهید. اگر سوال در مورد موضوعی است که شما آن را تجربه نکرده اید، از استفاده کنید. پاسخ های شما محترمانه [Not applicable] "عبارت" کاربرد ندارد باقی می ماند و بر خدمات حال حاضر و یا آین.

•

لطفاً دایره را کاملاً پر کنید.

درست



غلط



- محل راحت بود (از نظر وسیله حمل و نقل عمومی، مسافت، پارکینگ و غیره).
- خدمات زمانی که به آنها نیاز داشتم در دسترس بودند.
- با کمک ارائه‌دهنده خدمات خود، اهداف درمانی را انتخاب کردم.
- قادر درمانی در جلسات درمانی ام، وقت کافی را به من اختصاص دادند.

- قادر درمانی با احترام با من رفتار کردند.
- قادر درمانی طوری با من صحبت می‌کردند که متوجه می‌شدم.
- قادر درمانی پیشنهاد فرهنگی من (نزاد، مذهب، زبان و غیره) را در نظر گرفته و به آن حساس بودند.
- احساس می‌کنم در اینجا راحت هستم.

- در نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت می‌کنم، بهتر می‌توانم کارهایی که می‌خواهم را انجام دهم.
- به خاطر نتایج مستقیم خدماتی که دریافت می‌کنم، تمایل کمتری به مصرف مواد مخدر و الکل دارم.
- قادر درمانی در اینجا با ارائه‌دهنگان خدمات سلامت جسمی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند.
- قادر درمانی در اینجا با ارائه‌دهنگان خدمات سلامت ذهنی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند.

- کارکنان به من کمک کردند تا با خدمات مورد نیاز دیگر (خدمات اجتماعی اسکان و غیره) در ارتباط باشم.
- به طور کلی، من از خدماتی که دریافت کردم راضی هستم.
- توانستم همه کمک‌ها/خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنم.
- این آژانس را به دوستان یا اعضای خانواده خود نیز توصیه می‌کنم.

59910

17. اکنون به خدماتی که دریافت نمودید فکر کنید؛ چه مقدار از آن درمان از راه دور بود (از طریق تلفن یا کنفرانس ویدیویی)؟

- تمام آن خیلی کم هیچ

18. چقدر برای شما مفید بوده است؟ (telehealth) در مقایسه با قرار ملاقات های حضوری، درمان از راه دور

- مصدق ندارد تا حدی بدتر تقریباً مشابه خیلی بهتر

19. لطفاً نظرات خود را به ما اطلاع دهید. چه چیزی در این برنامه مفیدتر بود؟ چه چیزی به نظر شما باید در این برنامه تغییر کند؟

لطفاً اطلاعاتی که ممکن است هویت شمارا آشکار کند ننویسید. برای مثال، اسم یا شماره تلفن خود را ننویسید

اکنون کمی درباره خودتان بگویید

20. جنسیت شما چیست؟

(لطفاً تمامی مواردی که در مورد شما صدق می کند را انتخاب کنید)

- زن به مرد (transgender) درم مرد به زن (transgender) نز (یعنی نه مرد و نه زن - non-binary) هویت جنسی دیگر

آیا شما خود را به عنوان موارد زیر می شناسید؟

(لطفاً تمامی مواردی را که در مورد شما صدق می کند، انتخاب کنید)

- علاقه مند به جنس مخالف/ناهمجنس گرا (heterosexual) دگرباش گرایش جنسی گرا (lesbian) و یا زن همجنس گرا (gay) مرد همجنس گرا دوجنس گرا (bisexual) ناشناخته

آیا شما از تبار مکزیکی، اسپانیایی یا لاتین هستید؟

- نه بله

23. نژاد / قومیت (لطفاً کلیه موارد مرتبط را انتخاب کنید):

- امریکایی سرخپوست/بومی آلاسکا سفید/سفید پوست اروپایی اسیایی

- نژاد دیگر سیاهپوست/امریکایی آفریقایی ناشناخته

- بومی هاوایی/اهل جزایر اقیانوس آرام

24. محدوده سنی:

- 65+ 56-64 46-55 36-45 26-35 18-25

از اینکه وقت خود را صرف پاسخ‌گویی به این پرسشنامه می‌کنید، سپاسگزاریم!

59910

