

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

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

• لطفاً دایره را کاملاً پر کنید. درست ● غلط ○

مصدق ندارد  
کاملاً مخالفم  
مخالفم  
نظری ندارم  
موافقم  
کاملاً موافقم

○ ○ ○ ○ ○ ○ 1. محل راحت بود (از نظر وسیله حمل و نقل عمومی، مسافت، پارکینگ و غیره).  
○ ○ ○ ○ ○ ○ 2. خدمات زمانی که به آن ها نیاز داشتم در دسترس بودند.  
○ ○ ○ ○ ○ ○ 3. با کمک ارائه دهنده خدمات خود، اهداف درمانی را انتخاب کردم.  
○ ○ ○ ○ ○ ○ 4. کادر درمانی در جلسات درمانی ام، وقت کافی را به من اختصاص دادند .

○ ○ ○ ○ ○ ○ 5. کادر درمانی با احترام با من رفتار کردند .  
○ ○ ○ ○ ○ ○ 6. کادر درمانی طوری با من صحبت می کردند که متوجه می شدم .  
○ ○ ○ ○ ○ ○ 7. کادر درمانی پیشینه فرهنگی من (نژاد، مذهب، زبان و غیره) را در نظر گرفته و به آن حساس بودند.  
○ ○ ○ ○ ○ ○ 8. احساس می کنم در اینجا راحت هستم.

○ ○ ○ ○ ○ ○ 9. در نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت می کنم، بهتر می توانم کارهایی که می خواهم را انجام دهم.  
○ ○ ○ ○ ○ ○ 10. به خاطر نتایج مستقیم خدماتی که دریافت می کنم، تمایل کمتری به مصرف مواد مخدر و الکل دارم.  
○ ○ ○ ○ ○ ○ 11. کادر درمانی در اینجا با ارائه دهنده گان خدمات سلامت جسمی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند.  
○ ○ ○ ○ ○ ○ 12. کادر درمانی در اینجا با ارائه دهنده گان خدمات سلامت ذهنی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند.

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



17. اکنون به خدماتی که دریافت نمودید فکر کنید؛ چه مقدار از آن درمان از راه دور بود (از طریق تلفن یا کنفرانس ویدیویی)؟  
○ هیچ ○ خیلی کم ○ تقریباً نصف آن ○ تقریباً تمام آن ○ تمام آن

18. چقدر برای شما مفید بوده است؟ (telehealth) در مقایسه با قرار ملاقات های حضوری، درمان از راه دور  
○ خیلی بهتر ○ تا حدی بهتر ○ تقریباً مشابه ○ تا حدی بدتر ○ مصداق ندارد

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 شما را 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)  
○ مرد  
○ زن  
○ هویت جنسی دیگر  
○ زن به مرد (transgender)  
○ مرد به زن (transgender)  
○ (یعنی نه مرد و نه زن - non-binary) جنسیت غیردوگانه

21. آیا شما خود را به عنوان موارد زیر می شناسید؟  
(لطفاً تمامی مواردی که در مورد شما صدق می کند، انتخاب کنید)  
○ (heterosexual) علاقه مند به جنس مخالف/ناهمجنس گرا  
○ (lesbian) و یا زن همجنس گرا (gay) مرد همجنس گرا  
○ (bisexual) دوجنس گرا  
○ (Queer) دگرباش  
○ گرایش جنسی دیگر  
○ ناشناخته

22. آیا شما از تبار مکزیک، اسپانیایی یا لاتین هستید؟  
○ بله ○ خیر ○ ناشناخته

23. نژاد / قومیت (لطفاً کلیه موارد مرتبط را انتخاب کنید):  
○ آمریکایی سرخپوست/بومی آلاسکا  
○ آسیایی  
○ سیاهپوست/آمریکایی آفریقایی  
○ بومی هاوایی/اهل جزایر اقیانوس آرام  
○ سفید/سفید پوست اروپایی  
○ نژاد دیگر  
○ ناشناخته

24. محدوده سنی:  
○ 18-25 ○ 26-35 ○ 36-45 ○ 46-55 ○ 56-64 ○ 65+

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

59910

