

	County / Provider Use Only	CalOMS Provider ID (required)	Program Reporting Unit (if required by your county):													
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>							

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

☒ **Կը խնդրենք պատասխանել այս հարցումներուն, որ կը վերաբերեն այս ծրագիրին մէջ ձեր փորձառութիւններուն՝ օգնելու բարելաւել ծառայութիւնները: Գործածեցեք «կիրարկելի չէ», եթէ հարցումն այնպիսի բանի մը մասին է, որուն մասին դուք փորձառութիւն չ'ունեք: Զեր պատասխանները :**

☒ **Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել շրջանակը:**



Իշտ է ●

Միայն է ☹ ☹ ☹

Ուժգին համաճայն էմ
Համաճայն էմ
Ես Չէգոք էմ
Անհամաճայն էմ
Ուժգին անհամաճայն էմ
Զի վերաբերի

1. Սպասարկումի տեղը հարմար էր ինձի համար:						
2. Սպասարկութիւնները կ'առաջարկվէին ինձի հարմար ժամերուն:						
3. Բուժումի առճանագրուելով, ես լաւ փորձառութիւն ունեցեր եմ:						
4. Խորհրդատուս և ես միասին աշխատեցանք բուժումի նպատակներուն մասին:						
5. Ես սպասարկութիւններ ստացեր եմ որոնք ճիշդ էին ինձի համար:						
6. Անձնակազմը շատ յարգալից մօտեցաւ:						
7. Կ'զգամ որ, խորհրդատուս ժամանակ հատկացուց լսելու թէ ինչ կ'ըսեմ:						
8. Խորհրդատուիս հետ, ես մշակեցի դրական, վստահելի հարաբերութիւն:						
9. Անձնակազմը գգոյշ էր իմ մշակոյթի նկատմամբ (ազգ, կրօնք, լեզու, եւլն.):						
10. Կ'զգամ որ, խորհրդատուս անկեղծօրէն հետաքրքրված էր ինձմով և ինձի կը հասկնար:						
11. Աստեղի խորհրդատուիս կը հավնիմ:						
12. Խորհրդատուս կարողութիւնը ունի ինձի օգնելու:						
13. Աստեղի աշխատակազմը կ'վստահեցնէ, որ իմ առողջական և հոգեկան պէտքերը կը բաւարարուին (Ֆիզիքական քննութիւններ, հոգեկան ընկճուածութիւն, և այլն):						
14. Աստեղի աշխատակազմը ինձի օգներ է ուրիշ հարցերով և մտահոգութիւններով ալ՝ որոնք ունեցեր եմ կապուած օրէնքի/փորձաշրջանի (փրոպէշնի), ընտանիքի և ուսումնական ծրագիրներու հետ կապուած:						
15. Խորհրդատուս, իմ ընտանիքիս պէտք եղած սպասարկութիւնները տվեր է:						
16. Ստացած սպասարկութիւններուս պատճառով, աւելի լաւ կրնամ իմ ուզածը ընել:						
17. Իմ ստացած ծառայութիւններու ուղղակի արդիւնքին պատճառաւ ես թմրեցուցիչներու եւ ալքոհլի աւելի քիչ տենչանք կ'զգամ:						
18. Ընդհանուր առմամբ ես գոհ եմ ստացած ծառայութիւններէս:						
19. Ես խորհուրդ կու տամ իմ ընկերներուս գործածելու այս օգնութիւնը, եթէ պէտք ունենան այսպիսի սպասարկութիւններ:						

20. Եթե մտքերեք ձեր ստացած սպասարկությունները, անոնցմէ ո՞րքանը տեղի ունեցեր է թելեիլթի միջոցաւ (հեռախոսով կամ վիտեօքոնֆերանսով):
☐ Ոչ մէկը ☐ Շատ քիչը ☐ Մոտավորապէս կէսը ☐ Գրեթէ բոլորը ☐ Բոլորը
- 21 Որքա՞ն օգտակար էին ձեր հեռաւար առողջական այցելությունները սովորական երես առ երես այցելություններու նկատմամբ:
☐ Շատ աւելի լաւ ☐ Բիշ մը աւելի լաւ ☐ Նոյնի մասին ☐ Բիշ մը աւելի գէշ
☐ Չի վերաբերիր
22. Կը խնդրենք, որ գրէք յաւելեալ մեկնաբանություններ ձեր բուժման փորձառութեան մասին: **ՄԻ՝** գրէք որեւէ տեղեկություն, որ կրնայ բացայայտել ձեր ինքնությունը: Օրինակ՝ **ՄԻ՝** գրէք ձեր անունը կամ հեռաձայնի թիւը: **ՄԻ՝** օգտագործէք այս բաժինը շտապ կամ ճգնաժամ հաղորդելու համար: Անմիջական օգնութեան համար կապ հաստատեցէք ձեր բուժման ծառայութեան մատակարարին հետ կամ զանգահարեցէք 911 թիւին:

Հիմայ՝ քիչ մը պատմեցէք ձեր մասին:

23. Ի՞նչ է ձեր սեռը
☐ Արու ☐ Էգ
24. Տարիք:
25. Դուք մեքսիկեան /սպանական/հոովմէական ծագում ունե՞ք:
☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Անտեղեակ
26. Ցեղ/Ազգություն (Խնդրենք ընտրեցէք այն բոլորը՝ որոնք ձեզ կը վերաբերին):
☐ Ամերիկացի Հնդիկ/Ալաքացի Բնիկ ☐ Ճերմակ / կովկասցի
☐ Ասիացի ☐ Ուրիշ ցեղ
☐ Սեւ/Ափրիկեցի Ամերիկացի ☐ Անտեղեակ
☐ Բնիկ Հաուայցի/Բասիֆիքի կղզիներէն

