

لطفاً با پاسخ دادن به چند سؤال، به ارائه بهتر خدمات از طرف مرکز ما کمک کنید. پاسخهای شما محرمانه است و بر خدمات فعلی یا آینده ارائه شده به شما یا فرزندان تأثیر نمی‌گذارد

برای هر مورد نظرسنجی در زیر، لطفاً حلقه مربوط به انتخاب خود را پر کنید.

لطفاً دایره را کاملاً پر کنید.

درست  مثال :
غلط 

لطفاً به سؤالات زیر براساس خدمات ۶ ماه اخیر پاسخ دهید یا اگر خدماتی در طی این ۶ ماه دریافت نکرده‌اید، بر اساس خدماتی که تاکنون دریافت کرده‌اید پاسخ دهید. مشخص کنید که آیا با هر یک از عبارات زیر به شدت موافق هستید، موافق هستید، نه موافق و نه مخالف هستید، مخالف هستید یا به شدت مخالف هستید. اگر سؤال در خصوص موردی است که با آن برخورد نداشته‌اید، گزینه «مرتبط نیست» را انتخاب کنید تا نشان دهد این مورد برای شما صدق نمی‌کند.

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظر؟ ندارم	موافقم	کاملاً موافقم
------------	---------------	--------	------------	--------	---------------

1. در کل، من از خدمات دریافت شده توسط فرزندم راضی هستم.
2. به من در انتخاب خدمات برای فرزندم کمک شد.
3. به من در انتخاب اهداف درمانی فرزندم کمک شد.

4. کسانی که به فرزند من کمک می‌کنند مجبورند با ما سر و کار داشته باشند و برایشان مهم نیست که چه می‌شود.
5. احساس کردم وقتی فرزندم مشکلی دارد، کسی هست که با او صحبت کند.
6. من در معالجه فرزندم مشارکت کردم.

7. خدماتی که فرزندم و / یا خانواده‌ام دریافت کردند برای ما مناسب بود.
8. مکان ارائه خدمات برای ما راحت بود.
9. خدمات در زمان‌های مناسب برای ما در دسترس بودند.

10. کمک‌هایی که برای فرزندم می‌خواستیم به خانواده من ارائه شد.
11. همان مقدار کمکی که برای فرزندم می‌خواستیم به خانواده من ارائه شد.
12. کارکنان با احترام با من رفتار می‌کردند.

13. کارکنان به اعتقادات مذهبی / معنوی خانواده من احترام می‌گذاشتند.
14. کارکنان با من به شکلی صحبت می‌کردند که می‌فهمیدم.
15. کارکنان به پیشینه فرهنگی / قومی من حساس بودند.

- نتیجه مستقیم خدماتی که فرزندم و / یا خانواده من دریافت کردند
16. فرزند من در اداره زندگی روزمره بهتر شده است.
 17. سازگاری فرزند من با اعضای خانواده بهتر شده است.
 18. سازگاری فرزند من با دوستان و افراد دیگر بهتر شده است.

19. عملکرد فرزند من در مدرسه و / یا محل کار بهتر شده است.
20. فرزندم بهتر می‌تواند با مشکلاتی که با آنها مواجه می‌شود، کنار بیاید.
21. من الان از زندگی خانوادگی خودم راضی هستم.
22. فرزند من بهتر قادر به انجام کارهایی است که قصد انجام آنها را دارد.

چهار سؤال بعدی در خصوص روابط با افرادی است که خدمات بهداشت روان به شما ارائه نداده‌اند. نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم

- نتیجه مستقیم خدماتی که فرزندم و / یا خانواده من دریافت کردند
23. افرادی را می‌شناسم که وقتی نیاز به صحبت کردن دارم، به من گوش می‌دهند و مرا درک می‌کنند.
 24. افرادی را دارم که راحت درباره مشکل (مشکلات) فرزندم با آنها صحبت می‌کنم.
 25. در صورت بروز بحران، از طرف خانواده یا دوستان پشتیبانی لازم را خواهم داشت.
 26. افرادی دارم که می‌توانم کارهای لذتبخش را با آنها انجام دهم.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

27. مفیدترین مورد در خصوص خدماتی که شما و فرزندتان در طی ۶ ماه گذشته دریافت کرده‌اید چیست؟

--

28. چیزی باعث بهبود خدمات در این مکان می‌شود؟

--

29. لطفاً نظرات خود را در اینجا بنویسید. ما هم به بازخوردهای مثبت و هم منفی، علاقمند هستیم

--

لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید تا بدانیم که حال فرزند شما چگونه است



1. آیا فرزند شما در حال حاضر با شما زندگی می‌کند؟ بله خیر

2. آیا فرزند شما در ۶ ماه گذشته در یکی از مناطق زیر زندگی کرده است؟ (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> با یکی از والدین یا هر دو | <input type="radio"/> پناهگاه افراد بی‌خانمان |
| <input type="radio"/> با یکی دیگر از اعضای خانواده | <input type="radio"/> خانه گروهی |
| <input type="radio"/> پرورشگاه | <input type="radio"/> کمپ درمان |
| <input type="radio"/> درمانگاه افراد بدسرپرست | <input type="radio"/> بیمارستان |
| <input type="radio"/> پناهگاه افراد بجرانزده | <input type="radio"/> زندان محلی یا بازداشتگاه |

3. آیا در سال گذشته فرزند شما برای معاینه درمانی یا به دلیل بیماری به پزشک معالج (یا پرستار) مراجعه کرده است؟

- بخاطر ندارم
 خیر
 بله، اما فقط در بیمارستان یا اتاق اورژانس
 بله، در کلینیک یا مطب

4. آیا فرزند شما برای مشکلات عاطفی / رفتاری از دارو استفاده می‌کند؟

- A. اگر بله، آیا پزشک یا پرستار به شما و / یا فرزندتان گفته که این دارو چه عوارض جانبی دارد که باید به آن توجه کرد؟ بله خیر

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



5. تقریباً چه مدت است که فرزند شما از اینجا خدمات دریافت می‌کند؟

- اولین بار است که فرزند من به اینجا مراجعه می‌کند
- فرزند من بیش از یک بار به اینجا مراجعه کرده اما کمتر از یک ماه خدمات دریافت کرده است
- تا ۲ ماه ۱
- تا ۵ ماه ۳
- ماه تا ۱ سال ۶
- بیش از ۱ سال

من به مدت 1 سال یا بیشتر در اینجا خدمات دریافت کردم.



من در اینجا کمتر از 1 سال خدمات دریافت کردم.



- 12. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده بله خیر است؟
- 13. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات بله خیر بهداشت روان، دستگیر شده است؟
- 14. طی یک سال گذشته، برخورد هایی که فرزندتان با پلیس داشته ... است مرتبط نیست آنها امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اند) * کاهش یافته است ثابت مانده است افزایش یافته است

- 6. آیا فرزند شما از زمان شروع دریافت خدمات بله خیر بهداشت روان، دستگیر شده است؟
- 7. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت بله خیر خدمات بهداشت روان، دستگیر شده است؟
- 8. از زمانی که فرزند شما خدمات بهداشت روان را دریافت می‌کند ... برخورد هایی که با پلیس رخ داده است مرتبط نیست آنها امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اند) * کاهش یافته است ثابت مانده است افزایش یافته است

* به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اند، پلیس به آنها گیر نداده) است، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل (نشده‌اند)

* به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اند، پلیس به آنها گیر نداده) است، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل (نشده‌اند)

- 15. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از جایی اخراج شده بله خیر یا به حالت تعلیق درآمده است؟
- 16. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات بله خیر از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده است؟
- 17. طی یک سال گذشته، تعداد روز هایی که فرزند من در مدرسه بوده است مرتبط نیست بیشتر همین حدود کمتر

- 9. آیا فرزند شما از ابتدای دریافت خدمات، از جایی بله خیر اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده است؟
- 10. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات بله خیر از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده است؟
- 11. از زمان شروع دریافت خدمات، تعداد روز هایی که فرزند من در مدرسه حضور مرتبط نیست بیشتر همین حدود کمتر

اگر این مورد برای شما صدق نمی‌کند، لطفاً دلیل آن را انتخاب کنید

اگر این مورد برای شما صدق نمی‌کند، لطفاً دلیل آن را انتخاب کنید

- فرزند قبل از شروع دریافت خدمات، از نظر حضور در مدرسه مشکلی نداشت
- فرزند خیلی کوچک است و به مدرسه نمی‌رود
- فرزند از مدرسه اخراج شده است
- فرزند در خانه تحصیل کرده است
- فرزند ترک تحصیل کرده است
- سایر موارد

- فرزند قبل از شروع دریافت خدمات، از نظر حضور در مدرسه مشکلی نداشت
- فرزند خیلی کوچک است و به مدرسه نمی‌رود
- فرزند از مدرسه اخراج شده است
- فرزند در خانه تحصیل کرده است
- فرزند ترک تحصیل کرده است
- سایر موارد

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید تا کمی درباره فرزندتان بیشتر بدانیم.



18. جنسیت فرزند شما چیست؟ زن مرد سایر موارد
19. آیا یکی از والدین فرزند، اصالت مکزیک / اسپانیایی / لاتین دارند؟ بله خیر نامعلوم
20. نژاد فرزند شما چیست؟ (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)
 سرخپوست / بومی آلاسکا بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام
 آسیایی سفیدپوست / قفقازی
 سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی سایر موارد
21. تاریخ تولد فرزند شما چه زمانی است؟
 [ماه / روز / سال]
 / /
22. دارد؟ Medi-Cal (Medicaid) آیا فرزند شما بیمه بله خیر
23. آیا خدماتی که فرزند شما دریافت کرده است، به زبانی بوده که وی ترجیح می‌داده است؟ بله خیر
24. آیا اطلاعات مکتوب (به عنوان مثال بروشورهایی که خدمات موجود، حقوق شما به عنوان مصرف کننده و مطالب آموزشی بهداشت روان را توصیف می‌کنند) به زبانی در دسترس شما بود که ترجیح می‌دادید؟ بله خیر
25. لطفاً مشخص کنید چه کسی به شما در تکمیل بخش‌های مختلف این نظرسنجی کمک کرده است (همه موارد مرتبط را علامت بزنید)
 نیازی به کمک نداشتم یک مصاحبه کننده حرفه‌ای به من کمک کرد
 یک حامی / داوطلب سلامت روان به من کمک کرد پزشک / مدیر پرونده من به من کمک کرد
 یکی دیگر از مصرف کنندگان خدمات سلامت روان به من کمک کرد کارمندی غیر از پزشک یا مدیر پرونده من به من کمک کرد
 یکی از اعضای خانواده‌ام به من کمک کرد شخص دیگری به من کمک کرد. چه کسی

از اینکه برای پاسخگویی به این سوالات وقت گذاشتید متشکریم!

FOR OFFICE USE ONLY

REQUIRED Information:

Date of Survey Administration

0	5	-			-	2	0	2	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

Subunit

--	--	--	--

Reason for Non-Completion (if applicable):

- Refused
- Impaired (Cognitive, Mental, Physical or Medical Impairment)
- Language (Not available in client's language)
- No Show (Parent / Caregiver did not show up for scheduled visit)
- Caregiver Unavailable (e.g. Child lives in group home or receiving facility)
- New Client: First Visit
- Other _____

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

32012

