

- نرجو مساعدة وكالتنا على تحسين خدماتها من خلال الإجابة على بعض الأسئلة. ستكون إجاباتك سرية، ولن تؤثر على الخدمات الحالية أو المستقبلية التي تتلقاها.
- يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بناءً على الشهور الأخيرة أو في حال لم تتلق خدمات منذ 6 شهور، أجب حسب بناءً على الخدمات التي تلقيتها إلى اليوم. اختر من بين الإجابات "أعارض بشدة"، "أعارض"، "محايد"، "أوافق"، أو "أوافق بشدة" لكل من العبارات أدناه. وإن كان السؤال يتعلق بأمر لم تمر به، فاملأ دائرة الخيار "لا ينطبق" للإشارة إلى أن هذا البند لا ينطبق عليك.

غير قابل للتطبيق	موافق بشدة	أوافق	أنا محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	صحيح غير صحيح
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. بشكل عام، أنا راضٍ عن الخدمات التي تلقيتها.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. أنا ساعدت في اختيار خدماتي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. أنا ساعدت في اختيار أهداف علاجي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. ظل الأشخاص الذين يساعدون معي مهمًا كان الأمر.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. شعرت أنه لدي شخص أتحدث إليه عندما كنت مضطربًا.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. شاركت في علاجي الخاص.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. تلقيت خدمات كانت مناسبة لي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. كان موقع الخدمات مناسبًا لي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. كانت الخدمات متوفرة في أوقات كانت مناسبة لي.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. حصلت على المساعدة التي أردتها.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. حصلت على المساعدة بقدر حاجتي إليها.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. عاملني الموظفون باحترام.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. احترم الموظفون معتقداتي الدينية / الروحية.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. تحدث معي الموظفون بطريقة فهمتها.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. كان الموظفون مراعين لخلفيتي الثقافية / العرقية.
<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"/>	16. أنا أفضل في التعامل مع الحياة اليومية.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. أتأقلم بشكل أفضل مع أفراد العائلة.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. أتأقلم بشكل أفضل مع الأصدقاء والأشخاص الآخرين.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. أؤدي بشكل أفضل في المدرسة و/أو العمل.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. أنا أفضل قدرة على التعامل عندما تسير الأمور على نحو خاطئ.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. أشعر بالرضا عن حياتي العائلية الآن.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. أنا أفضل قدرة على فعل الأشياء التي يريد فعلها.
يرجى الإجابة عن العلاقات مع الأشخاص الآخرين غير مقدم (مقدمي) خدمات الصحة النفسية كنتيجة للخدمات التي تلقيتها:						
<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"/>	23. أعرف أشخاصًا سيستمعون إلي ويفهموني عندما أحتاج إلى التحدث.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24. لدي أشخاص أشعر بالراحة عند التحدث معهم حول مشكلتي (مشاكلي).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. في حالة وقوع أزمة، سأحصل على الدعم الذي أحتاجه من العائلة أو الأصدقاء.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. لدي أشخاص يمكنني أداء أنشطة ممتعة معهم.

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

--	--	--	--



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لتعلمنا بحالك.

هل عشت في أي من الأماكن التالية خلال 6 أشهر الماضية؟

1. قبطني املك ديدحتي جري
 مع أحد الوالدين أو كليهما
 مع أحد أفراد العائلة الآخرين
 دار رعاية
 دار رعاية علاجية
 مأوى في أوقات الأزمات
- مأوى للمشردين
 بيت جماعي
 مركز علاج سكني
 مستشفى
 سجن محلي أو مرفق احتجاز
- مرفق إصلاحي حكومي
 هارب / منتشر / يعيش في الشوارع
 غير ذلك

2. في العام الماضي، هل ذهبت لرؤية طبيب (أو ممرض) لإجراء فحص طبي أو بسبب مرضك؟

- نعم، في عيادة
 نعم، لكن فقط في مستشفى أو غرفة طوارئ
 لا
 لا أتذكر

3. هل تتناول أي دواء لعلاج مشاكل عاطفية / سلوكية؟

- نعم
 لا
 3a. إذا نعم، أخبرني طاقم العمل بشأن الآثار الجانبية التي ينبغي علي الانتباه لها. نعم لا

4. كم مضى على تلقيك الخدمات هنا؟

- هذه زيارتي الأولى هنا
 لقد قمت بأكثر من زيارة واحدة ولكنني تلقت الخدمات
 رهش من ملاً
 شهرين إلى عام واحد
 شهر 1-2
 شهر 3-5
 شهر أكثر من عام واحد

يرجى الإجابة على الأسئلة #11-16 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل أكثر من سنة واحدة

يرجى الإجابة على الأسئلة #5-10 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل سنة واحدة أو أقل

11. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 الأخيرة؟ نعم لا
12. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟ نعم لا
13. على مدى العام الماضي، هل أصبحت تعاملتك مع الشرطة...
 أقل
 مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقتي الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة
 ظلت كما هي
 زادت
 غير قابل للتطبيق
 لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي
14. هل طردت أو تم إيقافك مؤقتاً خلال 12 شهراً الماضية؟ نعم لا
15. هل طردت أو تم إيقافك مؤقتاً خلال 12 شهراً السابقة لذلك؟ نعم لا
16. على مدار العام الماضي، كان عدد أيام حضورك في المدرسة:
 أكثر
 كما هي تقريباً
 أقل
 لا ينطبق ← يرجى تحديد سبب عدم انطباق هذا العنصر
 لم أواجه مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات
 طردت من المدرسة
 أنا أدرس في المنزل
 تركت المدرسة
 غير ذلك
5. هل ألقى القبض عليك منذ أن بدأت في تلقي خدمات الصحة النفسية؟ نعم لا
6. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟ نعم لا
7. نذ أن بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية، هل أصبحت تعاملتك مع الشرطة...
 أقل
 مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقتي الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة
 ظلت كما هي
 زادت
 غير قابل للتطبيق
 لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي
8. هل طردت أو تم إيقافك مؤقتاً منذ بدء الخدمات؟ نعم لا
9. هل طردت أو تم إيقافك مؤقتاً خلال 12 شهراً السابقة لذلك؟ نعم لا
10. منذ بدء تلقي الخدمات، كان عدد أيام حضورك في المدرسة:
 أكثر
 كما هي تقريباً
 أقل
 لا ينطبق ← يرجى تحديد سبب عدم انطباق هذا العنصر
 لم أواجه مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات
 طردت من المدرسة
 أنا أدرس في المنزل
 تركت المدرسة
 غير ذلك

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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

--	--	--	--

Subunit

Version 05/2024

58084



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية للسماح لنا بمعرفة بعض الأمور عنك.

17. ما جنسك؟
 قبطني/املك ديدحتي/جردي
 ذكر
 أنثى
 غير ثنائي
- متحول جنسيا: أنثى إلى ذكر
 متحول جنسيا: ذكر إلى أنثى
 هوية جندرية أخرى
18. هل تفكر في نفسك على النحو التالي:
 قبطني/املك ديدحتي/جردي
 مستقيم/محب للجنس الآخر
 لوطي أو سحاقي
 مزدوج الميول الجنسية
- توجه جنسي آخر
 غير معروف
 أفضل عدم الإجابة
19. هل أنت من أصل مكسيكي/إسباني/لاتيني؟
 نعم لا غير معروف
20. ما عرقك؟
 قبطني/املك ديدحتي/جردي
 هندي أميركي/سكان ألاسكا الأصليين
 أسوي
 أسود/أميركي أفريقي
 من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
21. ما تاريخ ميلادك؟
 يوم - شهر - سنة
22. Medi-Cal (Medicaid) هل لديك تأمين؟
 نعم لا
23. 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



24. الآن بالتفكير في الخدمات التي تلقيتها، كم كان منها عن طريق الرعاية الصحية عن بعد؟
 عبر الهاتف أو
 لا شيء قليل جدا حوالي النصف الكل تقريبا الكل
25. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحية عن بُعد مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟
 أفضل بكثير أسوأ إلى حد ما نفس الشيء تقريبا أفضل إلى حد ما أفضل بكثير غير قابل للتطبيق
26. 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

نشكرك على الوقت الذي استغرقته للإجابة على هذه الأسئلة!

FOR OFFICE USE ONLY
REQUIRED Information:

Date of Survey Administration

0	5	-			-	2	0	2	4
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

Subunit

--	--	--	--

Reason for Non-Completion (if applicable):

- Refused
 Impaired (Cognitive, Mental, Physical or Medical Impairment)
 Language (Not available in client's language)
 No Show (Client did not show up for their scheduled visit)
 Youth Unavailable (e.g., Juvenile Hall, hospitalization, AWOL)
 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



1. يرجى تقديم ما الشيء الأكثر فائدة في الخدمات التي تلقيتها خلال 6 أشهر الماضية؟ ما الشيء الذي يمكن أن يحسن الخدمات هنا؟
التعليقات هنا. نحن مهتمون بكل من الملاحظات الإيجابية والسلبية.

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page