



## با جواب دادن به سوالات ذیل می‌توانید ما را از وضعیت خود باخبر کنید.

همه موارد مرتبط را انتخاب نمایید

1. آیا طی 6 ماه گذشته در هریک از مکان‌های ذیل زندگی کرده‌اید؟

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> مرکز دولتی اصلاح و تربیت             | <input type="radio"/> سرپناه مخصوص اشخاص بی‌خانمان | <input type="radio"/> با یکی از والدین یا هر دو آنها |
| <input type="radio"/> در وضعیت فراری / بی‌خانمان / کوچ‌گرد | <input type="radio"/> خانه گروهی                   | <input type="radio"/> با یکی از اعضای فامیل          |
| <input type="radio"/> سایر                                 | <input type="radio"/> مرکز صحتی اقامتی             | <input type="radio"/> پرورشگاه                       |
|  | <input type="radio"/> شفاخانه                      | <input type="radio"/> پرورشگاه صحتی                  |
|  | <input type="radio"/> زندان یا محبس محلی           | <input type="radio"/> سرپناه بحران                   |

2. طی سال گذشته، آیا برای معاینه دوره‌ای یا به دلیل مریضی به داکتر (یا نرس) مراجعه کرده‌اید؟

- بله، در کلینیک یا مطب       بله، ولی فقط در شفاخانه یا اتاق عاجل       خیر       به یاد ندارم

3. آیا، به دلیل مشکلات عاطفی / رفتاری، دوا مصرف می‌کنید؟

- بله       خیر

3a. اگر بله، آیا داکتر یا نرس عوارض جانبی دواها را برای شما توضیح می‌دهد؟

- بله       خیر

4. تقریباً از چه مدت قبل تحت پوشش خدمات این مرکز قرار گرفته‌اید؟

- این نخستین نوبت مراجعه من به این مرکز است.  
 تعداد مراجعات من بیش از یک بار بوده است ولی به مدت کمتر از یک ماه گیرنده خدمات این مرکز بوده‌ام  
 1 - 2 ماه  
 3 - 5 ماه  
 6 ماه الی 1 سال  
 بیش از 1 سال

اگر به مدت ذیل گیرنده خدمات صحت روان بوده‌اید، به سوالات 11-16 جواب دهید

اگر به مدت ذیل گیرنده خدمات صحت روان بوده‌اید، به سوالات 5-10 جواب دهید

بیش از یک سال

یک سال یا کمتر

- |  |  |
|--|--|
| <p>11. آیا طی 12 ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟<br/> <input type="radio"/> بله      <input type="radio"/> خیر</p> <p>12. آیا در فاصله زمانی 12 ماهه منتهی به تاریخ شروع دریافت خدمات صحت روان، دستگیر شده بودید؟<br/> <input type="radio"/> بله      <input type="radio"/> خیر</p> <p>13. طی سال گذشته، تعداد موارد مواجهه شما با پولیس...<br/> <input type="radio"/> کاهش یافته است<br/>                 طرز مثال، دستگیر نشده‌اید، با پولیس مشاجره نکرده‌اید، پولیس شما را به پناهگاه یا پروگرام بحران تسلیم نداده است<br/> <input type="radio"/> تغییری نکرده است<br/> <input type="radio"/> افزایش یافته است<br/> <input type="radio"/> نامرتب<br/>                 طی امسال یا سال گذشته مواجهه‌ای با پولیس نداشته‌اید</p> <p>14. آیا طی 12 ماه گذشته اخراج یا تعلیق شده‌اید؟<br/> <input type="radio"/> بله      <input type="radio"/> خیر</p> <p>15. آیا در فاصله زمانی 12 ماهه منتهی به آن تاریخ، اخراج یا تعلیق شده بودید؟<br/> <input type="radio"/> بله      <input type="radio"/> خیر</p> <p>16. تعداد روزهای حضور شما در مکتب، طی سال گذشته:</p> | <p>5. آیا بعد از این که تحت پوشش خدمات صحت روان قرار گرفته‌اید، دستگیر شده‌اید؟<br/> <input type="radio"/> بله      <input type="radio"/> خیر</p> <p>6. آیا در فاصله زمانی 12 ماهه منتهی به تاریخ شروع دریافت خدمات صحت روان، دستگیر شده بودید؟<br/> <input type="radio"/> بله      <input type="radio"/> خیر</p> <p>7. از زمان دریافت خدمات صحت روان، تعداد موارد مواجهه شما با پولیس...<br/> <input type="radio"/> کاهش یافته است<br/>                 طرز مثال، دستگیر نشده‌اید، با پولیس مشاجره نکرده‌اید، پولیس شما را به پناهگاه یا پروگرام بحران تسلیم نداده است<br/> <input type="radio"/> تغییری نکرده است<br/> <input type="radio"/> افزایش یافته است<br/> <input type="radio"/> نامرتب<br/>                 طی امسال یا سال گذشته مواجهه‌ای با پولیس نداشته‌اید</p> <p>8. آیا از زمان شروع دریافت خدمات، اخراج یا تعلیق شده‌اید؟<br/> <input type="radio"/> بله      <input type="radio"/> خیر</p> <p>9. آیا در فاصله زمانی 12 ماهه منتهی به آن تاریخ، اخراج یا تعلیق شده بودید؟<br/> <input type="radio"/> بله      <input type="radio"/> خیر</p> <p>10. تعداد روزهای حضور شما در مکتب، از زمان شروع دریافت خدمات:</p> |
|--|--|

- بیشتر شده است       تقریباً تغییری نکرده است       کمتر شده است

- بیشتر شده است       تقریباً تغییری نکرده است       کمتر شده است

- نامرتب → دلیل نامرتب بودن را انتخاب نمایید
- قبل از شروع دریافت خدمات، مشکلی در قسمت حضور در مکتب نداشتم
- از مکتب اخراج شدم
- در مکتب خانگی درس می‌خوانم
- ترک تحصیل کردم
- سایر

- نامرتب → دلیل نامرتب بودن را انتخاب نمایید
- قبل از شروع دریافت خدمات، مشکلی در قسمت حضور در مکتب نداشتم
- از مکتب اخراج شدم
- در مکتب خانگی درس می‌خوانم
- ترک تحصیل کردم
- سایر

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

CSI County Client Number

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

--	--	--	--	--

Subunit

Version 05/2024

18472



با جواب دادن به سوالات ذیل می‌توانید ما را کمی با خودتان آشنا کنید.

- تراجنسی: مونث به مذکر  
 تراجنسی: مذکر به مونث  
 هویت جنسی دیگر

- مذکر  
 مونث  
 غیر باینری

17. جنسیت شما چیست؟  
همه موارد مرتبط را انتخاب نمایید

- گرایش جنسی دیگر  
 نامشخص  
 ترجیحاً جواب نمی‌دهم

- معمولی/ناهمجنس‌خواه  
 همجنس‌گرای مرد یا همجنس‌گرای زن  
 دوجنس

18. خود را متعلق به کدام گروه ذیل می‌دانید:  
همه موارد مرتبط را انتخاب نمایید

نامشخص

خیر

بلی

19. آیا اصالتاً مکزیکی / هیسپانیک/ لاتین هستید؟

- سفید / قفقازی  
 نژاد دیگر  
 نامشخص

- سرخپوست امریکایی / بومی آلاسکا  
 آسیایی  
 سیاه‌پوست / امریکایی آفریقایی  
 بومی هاوایی / ساکن دیگر جزایر پاسیفیک

20. نژاد شما؟

همه موارد مرتبط را انتخاب نمایید

سال

روز

ماه

--	--	--	--

--	--

--	--

21. تاریخ تولد شما؟

خیر

بلی

22. آیا تحت پوشش بیمه Medi-Cal (Medicaid) هستید؟

23. آیا اسناد کتبی یا خدمات دیگر به لسان ترجیحی در دسترس شما قرار گرفت؟

- بلی  
 خیر

بروشورهای حاوی توضیحات خدمات قابل ارائه، حقوق مشتریان، و مطالبات تعلیم صحت روان

24. حالا، با در نظر گرفتن خدماتی که دریافت کرده‌اید، چه مقدار از این خدمات از طریق طبابت از دور به شما ارائه شده است؟  
طرز مثال با تلفون یا کانفرنس تصویری

- هیچ  
 کمی  
 تقریباً نصف  
 تقریباً همه  
 همه

25. به نظر شما، کیفیت جلسات طبابت از دور، در مقایسه با مراجعات حضوری سنتی، چی‌قسم بود؟

- بسیار بدتر  
 تا حدی بهتر  
 تقریباً مشابه  
 تا حدی بهتر  
 بسیار بهتر  
 نامرتب

26. ترجیح می‌دهم که مقدار بیشتری از درمان صحت روان مشمول این پروگرام را از طریق طبابت از دور دریافت کنم.

- کاملاً مخالف  
 مخالف  
 نظری ندارم  
 موافق  
 کاملاً موافق  
 نامرتب

به خاطر جواب‌گویی به این سوالات از شما تشکر می‌کنیم!

**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\*\*\*

18472

