

• يرجى مساعدة وكالتنا على تحسين الخدمات بالرد على بعض الأسئلة. وتتمتع إجاباتك بالسرية ولن تؤثر على الخدمات الحالية أو المستقبلية.

• يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بناءً على آخر 6 أشهر أو في حالة عدم تلقي خدمات لمدة 6 أشهر، ما عليك سوى تقديم إجابات بناءً على الخدمات التي تلقيتها حتى الآن. حدد ما إذا كنت لا توافق بشدة أو لا توافق أو متردد أو توافق أو توافق بشدة على كل عبارة من العبارات أدناه. وإذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تجربته أنت أو طفلك، فظلل دائرة "لا ينطبق" للإشارة إلى أن هذا العنصر لا ينطبق.

لا أوافق بشدة	لا أوافق	أنا محايد	أوافق	موافق بشدة	غير قابل للتطبيق	يرجى ملء الدائرة بالكامل
<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 يتلقاها طفلي. 2. أنا ساعدت في اختيار خدمات طفلي. 3. أنا ساعدت في اختيار أهداف علاج طفلي. 4. ظل الأشخاص الذين يساعدون طفلي معنا مهما كان الأمر.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. شعرت أن طفلي لديه شخص يتحدث إليه عندما يكون مضطربًا. 6. شاركت في علاج طفلي. 7. كانت الخدمات التي تلقاها طفلي و/أو عائلتي مناسبة لنا. 8. كان موقع الخدمات مناسبًا لنا.
<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 لنا. 10. حصلت عائلتي على المساعدة التي أردناها لطفلي. 11. حصلت عائلتي على المساعدة بقدر حاجة طفلي إليها. 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 المعتقدات الدينية / الروحية لعائلتي. 14. تحدث معي الموظفون بطريقة فهمتها. 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"/>	نتيجة للخدمات التي تلقاها طفلي و/أو عائلتي: 16. طفلي أفضل في التعامل مع الحياة اليومية. 17. يتأقلم طفلي بشكل أفضل مع أفراد العائلة. 18. يتأقلم طفلي بشكل أفضل مع الأصدقاء والأشخاص الآخرين. 19. يؤدي طفلي 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. طفلي أفضل قدرة على التعامل عندما تسير الأمور على نحو خاطئ. 21. أشعر بالرضا عن حياتي العائلية الآن. 22. طفلي أفضل قدرة على فعل الأشياء التي يريد فعلها.
يرجى الإجابة عن العلاقات مع الأشخاص الآخرين غير مقدم (مقدمي) خدمات الصحة النفسية نتيجة للخدمات التي تلقيتها						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	نتيجة للخدمات التي تلقاها طفلي و/أو عائلتي: 23. أعرف أشخاصًا سيستمعون إلي ويفهموني عندما أحتاج إلى التحدث. 24. لدي أشخاص أشعر بالراحة عند التحدث معهم حول مشكلة (مشاكلي) طفلي. 25. في حالة وقوع أزمة، سأحصل على الدعم الذي أحتاجه من العائلة أو الأصدقاء. 26. لدي أشخاص يمكنني أداء أنشطة ممتعة معهم.

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لتخبرنا عن حالة طفلك

1. هل يعيش طفلك حاليًا معك؟ نعم لا

2. هل عاش طفلك في أي من الأماكن التالية خلال 6 أشهر الماضية؟
قبطني / ام لك 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

3. خلال العام الماضي، هل زار طفلك طبيبًا (أو ممرضًا) لإجراء فحص طبي أو بسبب مرضه؟
 نعم، في عيادة نعم، لكن فقط في مستشفى أو غرفة طوارئ لا لا أتذكر

4. هل يتناول طفلك أي دواء لعلاج مشاكل عاطفية / سلوكية؟ نعم لا

4a. إذا كانت الإجابة بنعم، فهل أخبرك الطبيب أو الممرض أنت و/أو طفلك عن الآثار الجانبية التي يجب مراقبتها؟ نعم لا

5. منذ متى تقريبًا يتلقى طفلك الخدمات هنا؟ هذه هي الزيارة الأولى لطفلي هنا أجري لدى طفلي أكثر من زيارة لكنه تلقى خدمات لمدة تقل عن شهر واحد
- 2-1 شهر 3-5 شهر شهر إلى عام واحد أكثر من عام واحد

يرجى الإجابة على الأسئلة #11-17 إذا كان طفلك يتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل سنة واحدة أو أقل

يرجى الإجابة على الأسئلة #6-11 إذا كان طفلك يتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل سنة واحدة أو أقل

12. هل ألقى القبض على طفلك خلال 12 شهرًا الماضية؟ نعم لا

6. هل ألقى القبض على طفلك منذ أن بدأ في تلقي خدمات الصحة النفسية؟ نعم لا

13. هل ألقى القبض على طفلك خلال 12 شهرًا السابقة لذلك؟ نعم لا

7. هل ألقى القبض على طفلك خلال 12 شهرًا السابقة لذلك؟ نعم لا

14. خلال العام الماضي، هل كانت مواجهات طفلك مع الشرطة...
 أقل

8. منذ أن بدأ طفلك تلقي خدمات الصحة النفسية، هل كان المواجهات بينه وبين الشرطة...
 أقل

على سبيل المثال، لم يُلقَ القبض عليه أو لم يواجه مشاحنات مع الشرطة أو تصطحبه الشرطة إلى مأوى أو برنامج أزمات
 ظلت كما هي زادت غير قابل للتطبيق

لم تحدث له أي مواجهات مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي

على سبيل المثال، لم يُلقَ القبض عليه أو لم يواجه مشاحنات مع الشرطة أو تصطحبه الشرطة إلى مأوى أو برنامج أزمات
 ظلت كما هي زادت غير قابل للتطبيق

لم تحدث له أي مواجهات مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي

15. هل طرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا خلال 12 شهرًا الماضية؟ نعم لا

9. هل طرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا منذ بدء الخدمات؟ نعم لا

16. هل طرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا منذ بدء الخدمات؟ نعم لا

10. هل طرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا منذ بدء الخدمات؟ نعم لا

17. على مدار العام الماضي، كان عدد أيام حضور طفلي في المدرسة:
 أكثر كما هي تقريبًا أقل لا ينطبق ← يرجى تحديد سبب عدم انطباق هذا العنصر

11. منذ بدء تلقي الخدمات، كان عدد أيام حضور طفلي في المدرسة:
 أكثر كما هي تقريبًا أقل لا ينطبق ← يرجى تحديد سبب عدم انطباق هذا العنصر

- لم يواجه الطفل مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات
 طفلي أصغر من أن يلتحق بالمدرسة
 طُرد الطفل من المدرسة
 يدرس الطفل في المنزل
 ترك الطفل المدرسة
 غير ذلك

- لم يواجه الطفل مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات
 طفلي أصغر من أن يلتحق بالمدرسة
 طُرد الطفل من المدرسة
 يدرس الطفل في المنزل
 ترك الطفل المدرسة
 غير ذلك

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

SmartCare Program ID

--	--	--	--	--

Version 05/2026

9904



يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لتخبرنا قليلاً عن نفسك.

18. ما هو جنس طفلك؟ ذكر أنثى
19. هل أحد والدي الطفل من أصل مكسيكي / إسباني / لاتيني؟ نعم لا غير معروف
20. ما الأصل العرقي لطفلك؟
 هندي أمريكي/سكان ألاسكا الأصليين أبيض/قوقازي
 آسيوي عرق آخر
 أسود/أميركي أفريقي غير معروف
 من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
21. ما تاريخ ميلاد طفلك؟
 يوم - شهر - سنة
22. Medi-Cal (Medicaid) هل لدى طفلك تأمين نعم لا
23. هل تم توفير الوثائق المكتوبة و / أو الخدمات التي تلقاها طفلك باللغة التي يفضلها؟
 مثل الكتيبات التي تصف الخدمات المتوفرة، وحقوقك كمستهلك، والمواد التثقيفية في الصحة النفسية نعم لا



24. الآن، بالتفكير في الخدمات التي تلقاها طفلك، كم كانت نسبة هذه الخدمات التي تمت عن طريق الرعاية الصحية عن بعد؟
 عبر الهاتف أو لا شيء قليل جداً حوالي النصف الكل تقريباً الكل
25. كم كانت زيارات الرعاية الصحية عن بُعد مفيدة لطفلكم مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟
 أسوأ بكثير أسوأ إلى حد ما نفس الشيء تقريباً أفضل إلى حد ما أفضل بكثير غير قابل للتطبيق
26. أفضل تلقي المزيد من رعاية الصحة العقلية الخاصة بطفلي 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 استغرقتة للإجابة على هذه الأسئلة!



FOR OFFICE USE ONLY

REQUIRED Information:

Date of Survey Administration

0	5	-			-	2	0	2	6
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

SmartCare Program ID

--	--	--	--

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



1. ما الشيء الأكثر فائدة في الخدمات التي تلقيتها أنت وطفلك خلال 6 أشهر الماضية؟ ما الشيء الذي يمكن أن يحسن الخدمات هنا؟ يرجى تقديم التعليقات هنا و/أو على ظهر هذا النموذج، إذا لزم الأمر. نحن مهتمون بكل من الملاحظات الإيجابية والسلبية.

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

SmartCare Program ID

--	--	--	--

Version 05/2026

4536

