

● 請您協助我們改善服務，回答以下問題。您的回答將嚴格保密，不會影響您或您的孩子目前或將來所接受的服務。請為以下每個調查項目選擇相應的選項並塗上相應的圓圈。

● 請根據過去6個月的情況回答以下問題；如果6個月內未接受過服務，請根據目前為止接受過的服務作答。請對以下每項陳述表明您的意見，選項包括：非常不同意、不同意、不確定、同意或非常同意。如果問題是您或您的孩子未經歷過的事情，請填寫「不適用」以表示該項目不適用。

● 請把圓圈完全地填滿。

正確的 ●  
不正確 ○ ⊗ ⊙

	極不同意	不同意	未決定	同意	極同意	不適用
1. 總括來說我滿意此機構為我孩子提供的服務。	○	○	○	○	○	○
2. 我幫忙選擇了我孩子的服務。	○	○	○	○	○	○
3. 我參與決定我孩子的治療目標。	○	○	○	○	○	○
4. 無論發生什麼事這裡的服務人員都一直陪伴著我們。	○	○	○	○	○	○
5. 我覺得我的孩子在遇到困難時有人可以傾訴。	○	○	○	○	○	○
6. 我參與我孩子的治療過程。	○	○	○	○	○	○
7. 我的孩子和/或家人得到適合我們的服務。	○	○	○	○	○	○
8. 此機構的地點對我們很方便。	○	○	○	○	○	○
9. 服務時間安排很方便我們。	○	○	○	○	○	○
10. 我的家庭得到了我們想要孩子得到的幫助。	○	○	○	○	○	○
11. 我的家庭得到了我們孩子所需要的一切幫助。	○	○	○	○	○	○
12. 服務人員很尊重我。	○	○	○	○	○	○
13. 服務人員尊重我的宗教信仰。	○	○	○	○	○	○
14. 工作人員用我能理解的方式與我交談。	○	○	○	○	○	○
15. 工作人員體諒到我的文化/種族背景。	○	○	○	○	○	○
<b>治療後的直接效果：</b>						
16. 我的孩子能夠更有效的處理日常生活了。	○	○	○	○	○	○
17. 我的孩子和家人相處的比較好了。	○	○	○	○	○	○
18. 我的孩子和朋友以及其他相識的人相處的比較好了。	○	○	○	○	○	○
19. 我的孩子在學校(或工作上)的表現有進步。	○	○	○	○	○	○
20. 當出現問題時，我的孩子能夠更好地應對。	○	○	○	○	○	○
21. 我對我們目前的家庭生活感到滿意。	○	○	○	○	○	○
22. 我的孩子現在更能做自己想做的事了。	○	○	○	○	○	○

在您接受此地的服務後，您和其他人(此地的服務人員除外)的關係如何？

治療後的直接效果：

23. 我認識一些當我需要傾訴時會聆聽並理解我的人。	○	○	○	○	○	○
24. 我有一些可以讓我輕鬆地談論我孩子的問題的人。	○	○	○	○	○	○
25. 在危急時我能從家人和朋友那裏得到支持。	○	○	○	○	○	○
26. 我有一些可以和我一起做愉快事情的人。	○	○	○	○	○	○

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

--	--	--	--



## 請回答以下問題讓我們知道您孩子的近況

1. 您的孩子現在和您同住嗎？  是  不是
2. 在過去六個月中，您孩子可曾住過任何以下處所？  
請選擇所有適用的選項
 

<input type="radio"/> 和父母雙親或其中一方同住	<input type="radio"/> 无家可归者收容所	<input type="radio"/> 州立懲戒機構
<input type="radio"/> 和其他家庭成員同住	<input type="radio"/> 集体宿舍	<input type="radio"/> 逃家 / 無住所 / 在街上遊蕩
<input type="radio"/> 青少年寄養家庭	<input type="radio"/> 住院治療中心	<input type="radio"/> 其它
<input type="radio"/> 青少年治療寄養家庭	<input type="radio"/> 醫院	
<input type="radio"/> 緊急臨時收容所	<input type="radio"/> 地方監獄或拘留所	
3. 在過去的一年，你的孩子否因健康檢查或生病而去看醫生(或護士)？  
 是的，在醫生診所  是的，在醫院急診室  不是  不記得了
4. 您的孩子是否正在服用治療情緒/行為問題的藥物？  是  不是
- 4a. 如果是，醫師或護理師是否告知您和/或您的孩子需要注意哪些副作用？  是  不是

5. 您的孩子接受這裡的服務大概有多久了？
 

<input type="radio"/> 這是我的孩子第一次來。	<input type="radio"/> 一到二個月
<input type="radio"/> 我的孩子來過不只一次，但接受服務的時間不到一個月。	<input type="radio"/> 三到五個月
	<input type="radio"/> 六個月到一年
	<input type="radio"/> 已超過一年

如果您的孩子一直在接受心理健康服務，請回答問題 # 6-11。



一年或以下

6. 您的孩子在接受心理健康服務後是否被逮捕？  是  不是
7. 在接受此地服務之前的12個月，您的孩子可曾被逮捕過？  是  不是
8. 自從您的孩子開始接受心理健康服務以來，他們是否與警方有過接觸？  
 減少了  
*例如，他們沒有被逮捕，沒有受到警察騷擾，也沒有被警察帶到庇護所或緊急臨時計劃*  
 沒有改變  
 增加了  
 不適用  
*今年和去年都無和警察接觸。*
9. 自從接受此地服務以來，您的孩子可曾被學校開除或退學？  是  不是
10. 在接受此地服務之前的12個月，您的孩子可曾被學校開除或退學？  是  不是
11. 自從開始接受服務以來，我的孩子在校天數為：  
 增加了  差不多  減少了  
 不符合 → 請選擇為什麼不適用  
 在開始接受服務之前，孩子出勤率沒有問題。  
 孩子太小了還不到上學年齡  
 孩子被學校開除了  
 孩子在家裏上“家裏學校”課程  
 孩子休學  
 其它

如果您的孩子一直在接受心理健康服務，請回答問題 #12-17。



一年以上

12. 過去的12個月裏，您的孩子可曾被逮捕過？  是  不是
13. 在接受此地服務之前的12個月，您的孩子可曾被逮捕過？  是  不是
14. 過去一年裡，您的孩子與警方有哪些接觸？  
 減少了  
*例如，他們沒有被逮捕，沒有受到警察騷擾，也沒有被警察帶到庇護所或緊急臨時計劃*  
 沒有改變  
 增加了  
 不適用  
*今年和去年都無和警察接觸。*
15. 過去的12個月裏，您的孩子可曾被學校開除或退學？  是  不是
16. 在接受此地服務之前的12個月，您的孩子可曾被學校開除或退學？  是  不是
17. 過去一年，我的孩子在校天數為：  
 增加了  差不多  減少了  
 不符合 → 請選擇為什麼不適用  
 在開始接受服務之前，孩子出勤率沒有問題。  
 孩子太小了還不到上學年齡  
 孩子被學校開除了  
 孩子在家裏上“家裏學校”課程  
 孩子休學  
 其它

\* CSI County Client Number

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

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

SmartCare Program ID

--	--	--	--

Version 05/2026

44631



以下請填寫您孩子的個人資料：

18. 您孩子的性別是什麼？  男性  女性

19. 您孩子的父親母親其中有一位是墨西哥裔/西班牙裔/拉丁美裔嗎？  是  不是  不知道

20. 您孩子屬於哪一個種族？  
請選擇所有適用的選項

<input type="radio"/> 美國印第安人/阿拉斯加原住民	<input type="radio"/> 白種人
<input type="radio"/> 亞裔	<input type="radio"/> 另一個種族
<input type="radio"/> 黑人/非裔美國人	<input type="radio"/> 不知道
<input type="radio"/> 夏威夷原住民/其他太平洋島民	

21. 您孩子的出生年月日？

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

22. 您的孩子有加州醫療補助計畫 (Medi-Cal, 也稱為Medicaid) 嗎？  是  不是

23. 您的孩子收到的書面文件和/或服務是否以他/她喜歡的語言提供？  是  不是  
介紹現有服務、您作為消費者的權利以及心理健康教育資料的小冊子

24. 現在回想一下您的孩子所接受的服務，其中有多少是透過遠距醫療實現的？  
通過電話或視頻會議

沒有       很少       大約一半       差不多是全部       全部

25. 與傳統的面對面就診相比，遠距醫療就診對您的孩子有多大幫助？

更差       差一點       差不多       好一點       好多了       不適用

26. 與傳統的面對面就診相比，遠距醫療就診對您的孩子有多大幫助？

強烈不同意       不同意       我保持中立       同意       強烈同意       不適用

**感謝您用時間來回答這些問題！**

**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. 在過去六個月裡, 您和您的孩子所接受的服務中, 哪一項最有幫助? 您認為這裡的服務有哪些可以改進的地方? 請在此處留言。我們歡迎所有回饋, 無論是正面的還是負面的。

\* CSI County Client Number

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

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

SmartCare Program ID

--	--	--	--

Version 05/2026

22103

