

• لطفاً با پاسخ دادن به چند سؤال، به ارائه بهتر خدمات از طرف نمایندگی ما کمک کنید. پاسخ‌های شما محرمانه است و بر خدمات فعلی یا آینده ارائه شده به شما تأثیر نمی‌گذارد. برای هر یک از موارد در نظر سنجی زیر، لطفاً دایره‌ای را که مطابق با انتخاب شماست پر کنید.

• لطفاً به سؤالات زیر بر اساس 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 مخالف هستید، مخالف هستید، نظری ندارید، موافق هستید یا به شدت موافق هستید. اگر سؤال در خصوص موردی است که با آن برخورد نداشته‌اید، گزینه «مصادق ندارد» را انتخاب کنید تا نشان دهید این مورد برای شما صدق نمی‌کند.

مصادق ندارد	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم	<input type="radio"/> صحیح است <input checked="" type="radio"/> صحیح نیست <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. در کل، از خدمات دریافت شده راضی هستم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. در انتخاب خدمات به من کمک شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. در انتخاب اهداف درمانی به من کمک شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. کسانی که به من کمک می‌کنند مجبورند با من سر و کار داشته باشند و برایشان مهم نیست که چه می‌شود.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. احساس می‌کردم وقتی مشکل داشتم کسی بود که با او صحبت کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. من در معالجه خود مشارکت داشتم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. خدماتی دریافت کردم که برای من مناسب بود.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. مکان ارائه خدمات برای من راحت بود.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. خدمات در زمان‌های مناسب برای من در دسترس بودند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. کمکی را که می‌خواستم دریافت می‌کردم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. به اندازه نیاز به من کمک می‌شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. کارکنان با احترام با من رفتار می‌کردند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. کارکنان به اعتقادات مذهبی / معنوی من احترام می‌گذاشتند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. کارکنان با من به شکلی صحبت می‌کردند که می‌فهمیدم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. کارکنان به پیشینه فرهنگی / قومی من حساس بودند.
به‌عنوان نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کرده‌ام:						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. بهتر می‌توانم زندگی روزمره را اداره کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. سازگاری من با اعضای خانواده بهتر شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. سازگاری من با دوستان و افراد دیگر بهتر شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. عملکرد من در مدرسه و / یا کار بهتر شده است.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. وقتی مشکل پیش می‌آید، بهتر می‌توانم با آن مقابله کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. من الان از زندگی خانوادگی خودم راضی هستم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. توانایی من در انجام کارهایی که می‌خواهم انجام دهم بهتر شده است.
چهار سؤال بعدی در خصوص روابط با افرادی است که خدمات بهداشت روان به شما ارائه نداده‌اند. نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم:						
به‌عنوان نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کرده‌ام:						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. افرادی را می‌شناسم که وقتی نیاز به صحبت کردن دارم، به من گوش می‌دهند و مرا درک می‌کنند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24. افرادی را دارم که راحت درباره مشکل (مشکلات) خودم با آنها صحبت می‌کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. در صورت بروز بحران، از طرف خانواده یا دوستان پشتیبانی لازم را خواهم داشت.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. افرادی دارم که می‌توانم کارهای لذتبخش را با آنها انجام دهم.

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

--	--	--	--	--



لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید تا بدانیم حالتان چگونه است

1. آیا در ۶ ماه گذشته در مناطق زیر زندگی کرده‌اید؟

لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> کانون اصلاح و تربیت ایالتی
<input type="radio"/> فراری / بی‌خانمان / کارتن خواب
<input type="radio"/> سایر موارد | <input type="radio"/> پناهگاه افراد بی‌خانمان
<input type="radio"/> خانه گروهی
<input type="radio"/> کمپ درمان
<input type="radio"/> بیمارستان
<input type="radio"/> زندان محلی یا بازداشتگاه |
| <input type="radio"/> با یکی از والدین یا هر دو
<input type="radio"/> با یکی دیگر از اعضای خانواده
<input type="radio"/> پرورشگاه
<input type="radio"/> پرورشگاه درمانی
<input type="radio"/> پناهگاه افراد بحران‌زده | |

2. آیا در سال گذشته برای معاینه درمانی یا به دلیل بیماری به پزشک (یا پرستار) مراجعه داشته‌اید؟

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

3. آیا دلیل مشکلات عاطفی / رفتاری در حال استفاده از دارو هستید؟

- بله نه

3a. اگر بله، آیا پزشک یا پرستار به شما گفته که این دارو چه عوارض جانبی دارد که باید به آن توجه کرد؟

- بله نه

4. تقریباً چه مدت است از اینجا خدمات

دریافت می‌کنید؟

- این اولین مراجعه من به اینجا است بیش از یک بار مراجعه کرده‌ام اما کمتر از یک ماه است که خدمات دریافت می‌کنم
- یک تا دو ماه سه تا پنج ماه شش ماه تا یکسال بیش از ۱ سال

اگر خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده اید، لطفاً به پرسش‌های 11 تا 16 پاسخ دهید

بیشتر از یک سال

اگر خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده اید، لطفاً به پرسش‌های 5 تا 10 پاسخ دهید

یک سال یا کمتر

11. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟

- بله نه

5. آیا از زمان شروع دریافت خدمات بهداشت روانی دستگیر شده‌اید؟

- بله نه

12. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید؟

- بله نه

6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات دستگیر شده بودید؟

- بله نه

13. در طی سال گذشته، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...

کاهش یافته است

به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اید، از طرف پلیس تحت فشار قرار نگرفته‌اید، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌اید

ثابت مانده است

افزایش یافته است

مصداق ندارد

امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اید

14. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟

- بله نه

8. آیا از زمان شروع خدمات از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟

- بله نه

15. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟

- بله نه

9. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده‌اید؟

- بله نه

16. طی یک سال گذشته، تعداد روزهایی که در مدرسه بوده‌اید:

بیشتر همین حدود کمتر

مرتبط نیست ← لطفاً دلیل «نامرتب» بودن [این گزینه] را انتخاب کنید

قبل از شروع دریافت خدمات، حضور من در مدرسه مشکلی نداشت

من از مدرسه اخراج شدم

من در خانه تحصیل کرده‌ام

ترک تحصیل کرده‌ام

سایر موارد

10. از زمان شروع دریافت خدمات، تعداد روزهایی که در مدرسه حضور داشته‌اید:

بیشتر همین حدود کمتر

مرتبط نیست ← لطفاً دلیل «نامرتب» بودن [این گزینه] را انتخاب کنید

قبل از شروع دریافت خدمات، حضور من در مدرسه مشکلی نداشت

من از مدرسه اخراج شدم

من در خانه تحصیل کرده‌ام

ترک تحصیل کرده‌ام

سایر موارد

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

SmartCare Program ID

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

Version 05/2026

38038



لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید تا کمی درباره خودتان به ما اطلاعات بدهید

17. جنس شما چیست؟ مرد زن
18. آیا شما اصالت مکزیک / اسپانیایی / لاتین دارید؟ بله نه ناشناخته
19. نژاد شما چیست؟ سرخپوست / بومی آلاسکا سفیدپوست / قفقازی
 آسیایی نژاد دیگر نژاد دیگر
 لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی ناشناخته
 بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام
20. تاریخ تولد شما چه زمانی است؟
 روز - ماه - سال
21. آیا بیمه «برنامه کمک پزشکی کالیفرنیا» (مدیکید) دارید؟ بله نه
22. آیا اسناد کتبی و یا خدماتی که دریافت کرده اید به زبانی دلخواه شما بوده است؟ بله نه
 به عنوان مثال بروشورهایی که خدمات موجود، حقوق شما به عنوان مصرف کننده و مطالب آموزشی بهداشت روان را توصیف می‌کنند
23. اکنون به خدماتی که دریافت نمودید فکر کنید؛ چه مقدار از آن درمان از راه دور بود؟
 از طریق تلفن یا کنفرانس ویدیویی هیچ خیلی کم تقریباً نصف آن تقریباً تمام آن تمام آن
24. در مقایسه با قرار ملاقات های حضوری، درمان از راه دور چقدر برای شما مفید بوده است؟ (telehealth)
 خیلی بدتر تا حدی بدتر تقریباً مشابه تا حدی بهتر خیلی بهتر مصداق ندارد
25. ترجیح می‌دهم که بیشتر درمان های بهداشت روانی خودم در این برنامه را از طریق درمان از راه دور دریافت کنم.
 کاملاً مخالفم مخالفم بی طرف موافقم کاملاً موافقم مصداق ندارد



از اینکه برای پاسخگویی به این سؤالات وقت گذاشتید متشکریم!



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 (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

38038



1. مفیدترین مورد در خصوص خدماتی که در طی ۶ ماه گذشته دریافت کرده‌اید چیست؟ چه چیزی باعث بهبود خدمات در این مکان می‌شود؟ لطفاً نظرات خود را در اینجا بنویسید. ما هم به بازخوردهای مثبت و هم منفی، علاقمند هستیم.

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

SmartCare Program ID

--	--	--	--

Version 05/2026

16089

