



چهار سؤال بعدی در خصوص روابط با افرادی است که خدمات بهداشت روان به شما ارائه نداده‌اند.

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردم**

33. از روابط دوستانه‌ای که دارم خوشحالم
34. افرادی دارم که می‌توانم کارهای لذت‌بخش را با آنها انجام دهم
35. احساس می‌کنم به جامعه خود تعلق دارم
36. در صورت بروز بحران، از طرف خانواده یا دوستان پشتیبانی لازم را خواهم داشت

لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید تا بدانیم حالتان چگونه است

1. تقریباً چه مدت است از اینجا خدمات دریافت می‌کنید؟

- این اولین مراجعه من به اینجا است  تا ۲ ماه ۱
- بیش از یک بار مراجعه کرده‌ام اما کمتر از یک ماه است که خدمات دریافت می‌کنم  ۳ تا ۵ ماه ۳
- بیش از یک بار مراجعه کرده‌ام اما کمتر از یک ماه است که خدمات دریافت می‌کنم  ماه تا ۱ سال ۶
- بیش از یک بار مراجعه کرده‌ام اما کمتر از یک ماه است که خدمات دریافت می‌کنم  بیش از ۱ سال

من در اینجا کمتر از ۱ سال خدمات دریافت کردم

2. آیا از زمان شروع دریافت خدمات بهداشت روان، دستگیر شده‌اید؟  خیر  بله
3. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، بازداشت شده بودید؟  خیر  بله
4. ... از زمانی که خدمات بهداشت روان دریافت می‌کنید، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است  کاهش یافته است (به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، پلیس به من گیر نداده است، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام)  ثابت مانده است  افزایش یافته است  مرتبط نیست (امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام)

← به س #۸ شماره 8، در زیر بروید

من به مدت ۱ سال یا بیشتر در اینجا خدمات دریافت کردم

5. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟  خیر  بله
6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، بازداشت شده بودید؟  خیر  بله
7. ... در طی سال گذشته، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است  کاهش یافته است (به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، پلیس به من گیر نداده است، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام)  ثابت مانده است  افزایش یافته است  مرتبط نیست (امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌ام)

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

8. جنسیت شما چیست؟  زن  مرد  سایر موارد

9. آیا شما اصالت مکزیکی / اسپانیایی / لاتین دارید؟  بله  خیر  نامعلوم

10. نژاد شما چیست؟ (لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید.)

- سرخپوست / بومی آلاسکا  نامعلوم
- آسیایی  بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام
- سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی  سفیدپوست / قفقازی
- سایر موارد

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

CSI County Client Number  
\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



11. تاریخ تولد شما چه زمانی است؟

مثال 04/30/1967

04 - 30 - 1967

□□ - □□ - □□□□

A. تاریخ تولد خود را بنویسید

0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9

0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9

B. حباب های مناسب را پر کنید

خیر  بله

12. آیا خدماتی که دریافت کرده‌اید به زبانی بوده است که ترجیح می‌دادید؟

خیر  بله

13. آیا اطلاعات مکتوب (به عنوان مثال بروشورهایی که خدمات موجود، حقوق شما به عنوان مصرف کننده و مطالب آموزشی بهداشت روان را توصیف می‌کنند) به زبانی در دسترس شما بود که ترجیح می‌دادید؟

14. دلیل اصلی شرکت شما در این برنامه چه بود؟  
 بر خلاف میل وارد شدم  شخص دیگری توصیه کرد که وارد شوم  خودم تصمیم گرفتم وارد این برنامه شوم

15. لطفاً مشخص کنید چه کسی به شما در تکمیل بخش‌های مختلف این نظرسنجی کمک کرده است (همه موارد مرتبط را علامت بزنید)

- نیازی به کمک نداشتم
- یک حامی / داوطلب سلامت روان به من کمک کرد
- یکی دیگر از مصرف کنندگان خدمات سلامت روان به من کمک کرد
- یکی از اعضای خانواده‌ام به من کمک کرد
- یک مصاحبه کننده حرفه‌ای به من کمک کرد
- پزشک / مدیر پرونده من به من کمک کرد
- کارمندی غیر از پزشک یا مدیر پرونده من به من کمک کرد
- شخص دیگری به من کمک کرد. چه کسی

لطفاً نظرات خود را در اینجا بنویسید. ما هم به بازخوردهای مثبت و هم منفی، علاقمند هستیم. همچنین اگر مواردی وجود دارد که تحت پوشش این پرسشنامه نیست و احساس می‌کنید باید باشد، لطفاً آنها را در اینجا بنویسید. از صرف زمان و همکاری شما در تکمیل این پرسشنامه متشکریم

!! از اینکه وقت خود را برای پاسخگویی به این سאלات اختصاص دادید متشکریم

**FOR OFFICE USE ONLY:**

**REQUIRED Information:**

County Code:

Date of Survey Administration:

-   -

Reason (if applicable):

Ref  Imp  Lan  Oth

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\*\*\*

**Optional County Questions:**

County Question #1 (mark only ONE bubble):

01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Reporting Unit:

5130

