



27. مفیدترین مورد در خصوص خدماتی که شما و فرزندتان در طی ۶ ماه گذشته دریافت کرده‌اید چیست؟

--

28. چیزی باعث بهبود خدمات در این مکان می‌شود؟

--

29. لطفاً نظرات خود را در اینجا بنویسید. ما هم به بازخوردهای مثبت و هم منفی، علاقمند هستیم.

--

لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید تا بدانیم که حال فرزند شما چگونه است.



1. آیا فرزند شما در حال حاضر با شما زندگی می‌کند؟  خیر  بله

2. آیا فرزند شما در ۶ ماه گذشته در یکی از مناطق زیر زندگی کرده است؟ (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> با یکی از والدین یا هر دو    | <input type="radio"/> پناهگاه افراد بی‌خانمان  |
| <input type="radio"/> با یکی دیگر از اعضای خانواده | <input type="radio"/> خانه گروهی               |
| <input type="radio"/> پرورشگاه                     | <input type="radio"/> کمپ درمان                |
| <input type="radio"/> درمانگاه افراد بدسرپرست      | <input type="radio"/> بیمارستان                |
| <input type="radio"/> پناهگاه افراد بحران‌زده      | <input type="radio"/> زندان محلی یا بازداشتگاه |

3. آیا در سال گذشته فرزند شما برای معاینه درمانی یا به دلیل بیماری به پزشک معالج (یا پرستار) مراجعه کرده است؟

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

4. آیا فرزند شما برای مشکلات عاطفی / رفتاری از دارو استفاده می‌کند؟

- بله  خیر
- A. اگر بله، آیا پزشک یا پرستار به شما و / یا فرزندتان گفته که این دارو چه عوارض جانبی دارد که باید به آن توجه کرد؟  بله  خیر

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

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



5. تقریباً چه مدت است که فرزند شما از اینجا خدمات دریافت می‌کند؟

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



من به مدت 1 سال یا بیشتر در اینجا خدمات دریافت کردم.



من در اینجا کمتر از 1 سال خدمات دریافت کردم.

12. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده  بله  خیر است؟

13. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات  بله  خیر بهداشت روان، دستگیر شده است؟

14. طی یک سال گذشته، برخوردهایی که فرزندتان با پلیس داشته ...

مرتبط نیست

(آنها امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اند)

\* کاهش یافته است  ثابت مانده است  افزایش یافته است

\* به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اند، پلیس به آنها گیر نداده است، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل (نشده‌اند)

15. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از جایی اخراج شده  بله  خیر یا به حالت تعلیق درآمده است؟

16. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات  بله  خیر از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده است؟

17. طی یک سال گذشته، تعداد روزهایی که فرزند من در مدرسه بوده است

مرتبط نیست

بیشتر  همین حدود  کمتر

اگر این مورد برای شما صدق نمی‌کند، لطفاً دلیل آن را انتخاب کنید

- فرزند قبل از شروع دریافت خدمات، از نظر حضور در مدرسه مشکلی نداشت
- فرزند خیلی کوچک است و به مدرسه نمی‌رود
- فرزند از مدرسه اخراج شده است
- فرزند در خانه تحصیل کرده است
- فرزند ترک تحصیل کرده است
- سایر موارد

6. آیا فرزند شما از زمان شروع دریافت خدمات  بله  خیر بهداشت روان، دستگیر شده است؟

7. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت  بله  خیر خدمات بهداشت روان، دستگیر شده است؟

8. از زمانی که فرزند شما خدمات بهداشت روان را دریافت می‌کند ... برخوردهایی که با پلیس رخ داده است

مرتبط نیست

(آنها امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اند)

\* کاهش یافته است  ثابت مانده است  افزایش یافته است

\* به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اند، پلیس به آنها گیر نداده است، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل (نشده‌اند)

9. آیا فرزند شما از ابتدای دریافت خدمات، از جایی  بله  خیر اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده است؟

10. آیا فرزند شما در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات  بله  خیر از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده است؟

11. از زمان شروع دریافت خدمات، تعداد روزهایی که فرزند من در مدرسه حضور داشته است

مرتبط نیست

بیشتر  همین حدود  کمتر

اگر این مورد برای شما صدق نمی‌کند، لطفاً دلیل آن را انتخاب کنید

- فرزند قبل از شروع دریافت خدمات، از نظر حضور در مدرسه مشکلی نداشت
- فرزند خیلی کوچک است و به مدرسه نمی‌رود
- فرزند از مدرسه اخراج شده است
- فرزند در خانه تحصیل کرده است
- فرزند ترک تحصیل کرده است
- سایر موارد

45390



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

CSI County Client Number

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

لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید تا کمی درباره فرزندتان بیشتر بدانیم.



18. جنسیت فرزند شما چیست؟  زن  مرد  سایر موارد

19. آیا یکی از والدین فرزند، اصالت مکزیک / اسپانیایی / لاتین دارند؟  بله  خیر  نامعلوم

20. نژاد فرزند شما چیست؟ (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)  
 سرخپوست / بومی آلاسکا  بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام  
 آسیایی  سفیدپوست / قفقازی  
 سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی  سایر موارد

21. تاریخ تولد فرزند شما چه زمانی است؟

[ماه / روز / سال]

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

22. دارد؟ Medi-Cal (Medicaid) آیا فرزند شما بیمه  بله  خیر

23. آیا خدماتی که فرزند شما دریافت کرده است، به زبانی بوده که وی ترجیح می‌داده است؟  بله  خیر

24. 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؟  بله  خیر

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> نیاز به کمک نداشتم                                      | <input type="radio"/> یک مصاحبه کننده حرفه‌ای به من کمک کرد               |
| <input type="radio"/> یک حامی / داوطلب سلامت روان به من کمک کرد               | <input type="radio"/> پزشک / مدیر پرونده من به من کمک کرد                 |
| <input type="radio"/> یکی دیگر از مصرف کنندگان خدمات سلامت روان به من کمک کرد | <input type="radio"/> کارمندی غیر از پزشک یا مدیر پرونده من به من کمک کرد |
| <input type="radio"/> یکی از اعضای خانواده‌ام به من کمک کرد                   | <input type="radio"/> شخص دیگری به من کمک کرد. چه کسی                     |

## از اینکه برای پاسخگویی به این سوالات وقت گذاشتید متشکریم!

### FOR OFFICE USE ONLY:

#### REQUIRED Information:

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

0	5	/			/	2	0	2	2
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

Reason (if applicable):

Ref  Imp  Lan  Oth

#### 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:

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

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

CSI County Client Number

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



Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

45390

