



YOUTH SERVICES SURVEY FOR FAMILIES

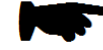
Spring 2022

ARMENIAN

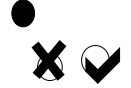
Խնդրում ենք օգնել մեր գործակալությանը բարելավել ծառայությունները՝ պատասխանելով մի քանի հարցի: Ձեր պատասխանները գաղտնի են և չեն ազդի Ձեր կամ Ձեր երեխայի ստացած ընթացիկ կամ հետագա ծառայությունների վրա: Խնդրում ենք օգնել մեր գործակալությանը բարելավել ծառայությունները՝ պատասխանելով մի քանի հարցի: Ձեր պատասխանները գաղտնի են և չեն ազդի Ձեր կամ Ձեր երեխայի ստացած ընթացիկ կամ հետագա ծառայությունների վրա:

Ստորև բերված հարցման յուրաքանչյուր կետի համար լրացրեք ձեր ընտրությանը համապատասխանող շրջանակը: Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել շրջանակը:

ՕՐԻՆԱԿ:



Իշտ է
Միայն է



Լիովին համաձայն եմ	Համաձայն եմ	Չեմ օրհնում	Համաձայն չեմ	Բոլորովին համաձայն չեմ	Կիրառելի չէ	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. Ընդհանուր առմամբ, ես գոհ եմ իմ երեխայի ստացած ծառայություններից: 2. Ես օգնել եմ ընտրել իմ երեխայի ծառայությունները: 3. Ես օգնել եմ ընտրել իմ երեխայի բուժման նպատակները:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Մարդիկ, ովքեր օգնում են իմ երեխային, անկախ ամեն ինչից շփվում են մեզ հետ: 5. Ես զգում եմ, որ իմ երեխան ինչ-որ մեկի հետ կարող է խոսել, երբ նա անհանգստացած է: 6. Ես մասնակցել եմ իմ երեխայի բուժմանը:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. Իմ երեխայի և/կամ ընտանիքի ստացած ծառայությունները տեղին են եղել: 8. Ծառայությունների մատուցման վայրը մեզ հարմար էր: 9. Ծառայությունները հասանելի են եղել այն ժամանակ, երբ մեզ հարմար է եղել:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Իմ ընտանիքը ստացավ այն օգնությունը, որը մենք ցանկանում էինք իմ երեխայի համար: 11. Իմ ընտանիքը ստացավ այնքան օգնություն, որքան մեզ անհրաժեշտ էր իմ երեխայի համար: 12. Անձնակազմն ինձ հարգանքով է վերաբերվել:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Անձնակազմը հարգել է իմ ընտանիքի կրոնական/հոգևոր համոզմունքները: 14. Անձնակազմը ինձ հետ խոսել է հասկանալի ձևով: 15. Անձնակազմը հարգանքով է մոտեցել իմ մշակութային/էթնիկական ծագմանը:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Որպես իմ երեխայի և/կամ իմ ընտանիքի ստացած ծառայությունների անմիջական արդյունք. 16. Իմ երեխան ավելի լավ է վարում առօրյա կյանքը: 17. Իմ երեխան ավելի լավ է շփվում ընտանիքի անդամների հետ: 18. Իմ երեխան ավելի լավ է շփվում ընկերների և այլ մարդկանց հետ:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. Իմ երեխան ավելի լավ է աշխատում դպրոցում և/կամ աշխատանքում: 20. Իմ երեխան ավելի լավ է կարողանում հաղթահարել դժվարությունները: 21. Ես գոհ եմ մեր ընտանեկան կյանքից ներկա պահին: 22. Իմ երեխան ավելի լավ է կարողանում անել այն, ինչ նա ցանկանում է անել:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>Հաջորդող չորս հարցերում խնդրում ենք պատասխանել Ձեր հոգեկան առողջության մատակարար(ներ)ից բացի այլ անձանց հետ հարաբերությունների վերաբերյալ:</i> Որպես իմ երեխայի և/կամ իմ ընտանիքի ստացած ծառայությունների անմիջական արդյունք. 23. Ես գիտեմ մարդկանց, ովքեր կլսեն և կհասկանան ինձ, երբ ես խոսելու կարիք ունենամ: 24. Կան մարդիկ, ովքեր հետ ես հաճելիորեն խոսում եմ իմ երեխայի խնդիր(խնդիրների) մասին: 25. Ճզնաժամի պայմաններում ես կունենամ այն աջակցությունը, որն ինձ անհրաժեշտ է ընտանիքից կամ ընկերներից: 26. Ես ունեմ մարդիկ, որոնց հետ ես կարող եմ հաճելի գործով զբաղվել:

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

53303



27. Ո՞րն է եղել վերջին 6 ամիսների ընթացքում Ձեր և Ձեր երեխայի ստացած ծառայությունների հետ կապված ամենաօգտակար բանը:

28. Ի՞նչը կբարելավեր ծառայություններն այստեղ:

29. Խնդրում ենք տրամադրել մեկնաբանություններն այստեղ: Մեզ հետաքրքրում են ինչպես դրական, այնպես էլ բացասական արձագանքները:

 **Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին, որպեսզի տեղեկացնեք, թե ինչպես է Ձեր երեխան:**

1. Ձեր երեխան այժմ ապրում է Ձեզ հետ: Այո Ոչ

2. Ձեր երեխան վերջին 6 ամիսների ընթացքում ապրե՞լ է հետևյալ վայրերից որևէ մեկում. (Ընտրեք բոլոր կիրառելիները)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> With one or both parents | <input type="radio"/> Homeless shelter | <input type="radio"/> State correctional facility |
| <input type="radio"/> With another family member | <input type="radio"/> Group home | <input type="radio"/> Runaway / homeless / on the streets |
| <input type="radio"/> Foster home | <input type="radio"/> Residential treatment center | <input type="radio"/> Այլ |
| <input type="radio"/> Therapeutic foster home | <input type="radio"/> Hospital | |
| <input type="radio"/> Crisis shelter | <input type="radio"/> Local jail or detention facility | |

3. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում Ձեր երեխան այցելե՞լ է բժշկի (կամ բուժքրոջ) բուժզննում անցնելու համար կամ հիվանդ լինելու պատճառով:

Yes, in a clinic or office Yes, but only in a hospital or emergency room Ոչ Do not remember

4. Ձեր երեխան ընդունո՞ւմ է դեղամիջոցներ էմոցիոնալ/վարքային խնդիրների համար: Այո Ոչ


A. Եթե այո, բժիշկն ու բուժքույրը Ձեզ և/կամ Ձեր երեխային ասել են, թե ի՞նչ կողմնակի ազդեցությունների է պետք ուշադրություն դարձնել: Այո Ոչ

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



5. Մոտավորապես, որքա՞ն ժամանակ է Ձեր երեխան ստացել ծառայություններ այստեղ:
- Սա իմ երեխայի առաջին այցն է այստեղ:
 - Իմ երեխան մեկից ավելի այցեր է ունեցել, բայց մեկ ամսից պակաս ծառայություններ է ստացել:
 - 1-2 ամիս
 - 3-5 ամիս
 - 6 ամսից 1 տարի
 - Ավելի քան 1 տարի

 **Ես այստեղ ծառայություն եմ ստացել 1 տարուց պակաս:**


6. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է այն պահից ի վեր, երբ ստացել է հոգեկան առողջության ծառայություն: Այո Ոչ
7. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: Այո Ոչ
8. Հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալուց ի վեր Ձեր երեխայի հանդիպումները ոստիկանների հետ ...
- Կիրառելի չէ (այս կամ անցյալ տարի ոստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել)
 - Նվազել են * Նույնն են մնացել Ավելացել են

* (օրինակ, նրանք չեն ձերբակալվել, ոստիկանության կողմից հետապնդվել, ոստիկանության կողմից տարվել ապաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն)

9. Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է ծառայությունների ստացման պահից ի վեր: Այո Ոչ
10. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Ձեր երեխան արտաքսվել կամ Այո Ոչ
11. Ծառայություններ ստանալուց ի վեր, իմ երեխան դպրոցում է եղել մի քանի օր.
- Չի վերաբերվում
 - Ավելի շատ Մոտավորապես նույնը Ավելի քիչ

Եթե չի վերաբերում, ընտրեք, թե ինչու դա չի վերաբերում

- Ծառայությունները սկսելուց ի վեր երեխան հաճախելու խնդիր չի ունեցել
- Երեխան դպրոցական տարիքից շատ փոքր է
- Երեխային հեռացրել են դպրոցից
- Երեխան կրթություն է ստանում տանը
- Երեխան դուրս է եկել դպրոցից
- Այլ

 **Ես այստեղ ծառայություն եմ ստացել 1 տարի կամ ավելի:**

12. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է վերջին 12 ամիսների ընթացքում: Այո Ոչ
13. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: Այո Ոչ
14. Անցյալ տարվա ընթացքում Ձեր երեխան հանդիպումներ ունեցել է ոստիկանության հետ ...
- Կիրառելի չէ (այս կամ անցյալ տարի ոստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել)
 - Նվազել են * Նույնն են մնացել Ավելացել են

* (օրինակ, նրանք չեն ձերբակալվել, ոստիկանության կողմից հետապնդվել, ոստիկանության կողմից տարվել ապաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն)

15. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է: Այո Ոչ
16. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է: Այո Ոչ
17. Անցած մեկ տարվա ընթացքում իմ երեխան դպրոցում էր մի քանի օր.
- Չի վերաբերվում
 - Ավելի շատ Մոտավորապես նույնը Ավելի քիչ

Եթե չի վերաբերում, ընտրեք, թե ինչու դա չի վերաբերում

- Ծառայությունները սկսելուց ի վեր երեխան հաճախելու խնդիր չի ունեցել
- Երեխան դպրոցական տարիքից շատ փոքր է
- Երեխային հեռացրել են դպրոցից
- Երեխան կրթություն է ստանում տանը
- Երեխան դուրս է եկել դպրոցից
- Այլ

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



**Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին,
որպեսզի մի փոքր տեղեկացնեք Ձեր երեխայի մասին:**

18. Ո՞րն է Ձեր սեռը: Իգական Արական Այլ
19. Դուք ունե՞ք մեքսիկական/իսպանական/լատինական ծագում: Այո Ոչ Անհայտ
20. Ո՞րն է Ձեր երեխայի ռասան: (Ընտրեք բոլոր կիրառելիները) Անհայտ
- Ամերիկյան հնդկացի/ բնիկ այլասկացի Բնիկ ամերիկացի/այլ խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնակիչ
 - Ասիացի Սպիտակամորթ/ կովկասցի
 - Սևամորթ/աֆրոամերիկացի Այլ
21. Ո՞րն է Ձեր ծննդյան ամսաթիվը:
- [ամիս / օր / տարի]
- | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | | / | | | / | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
22. Ձեր երեխան ունի՞ Medi-Cal (Medicaid) ապահովագրություն: Այո Ոչ
23. Արդյո՞ք ձեր երեխայի ստացած ծառայությունները մատուցվել են իր նախընտրած լեզվով: Այո Ոչ
24. Արդյո՞ք գրավոր տեղեկությունները (օրինակ՝ հասանելի ծառայությունները, Ձեր իրավունքները որպես սպառող և հոգեկան առողջության ուսուցման կյուբերը պարունակող գրքուկները) տրամադրվել են Ձեր նախընտրած լեզվով: Այո Ոչ
25. Խնդրում ենք նշել, թե ով է օգնել Ձեզ լրացնել այս հարցումը կամ դրա մի մասը .
- Ես օգնության կարիք չեմ ունեցել:
 - Ինձ օգնել է հոգեկան առողջության պաշտպան/կամավոր:
 - Հոգեկան առողջության ծառայությունների մեկ այլ սպառող է ինձ օգնել:
 - Ինձ օգնել է իմ ընտանիքի անդամը:
 - Ինձ օգնել է պրոֆեսիոնալ հարցազրուցավար:
 - Ինձ օգնել է իմ բժիշկը/գործի կառավարիչը:
 - Ինձ օգնել է իմ կլինիկայից կամ գործի ղեկավարից բացի անձնակազմի այլ անդամ:
 - Ինձ օգնել է մեկ ուրիշը: Ո՞վ:

Ճնորհակալություն այս հարցին պատասխանելու համար ժամանակ տրամադրելու համար:

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.

