

ОПРОС ПО УСЛУГАМ ДЛЯ МОЛОДЕЖИ* (YSS)

RUSSIAN

Помогите, пожалуйста, нашей организации улучшить качество услуг, ответив на некоторые вопросы. Ваши ответы будут сохранены в конфиденциальности и не повлияют на нынешние или будущие услуги, которые вы получаете или будете получать.
При ответе на каждый вопрос, приведенный внизу, закрасьте кружок, соответствующий вашему выбору.
Прошу полностью закрашивать кружок.

ПРИМЕР:

Правильно

Неправильно

Отвечайте на следующие вопросы на основании **последних 6 месяцев ИЛИ** если вы не получали услуг в течение 6 месяцев, просто отвечайте на основании тех услуг, которые вы получили до сих пор. Укажите свой выбор: **Совсем не согласен, Не согласен, Не принял решения, Согласен или Полностью согласен** для каждого из утверждений внизу. Если вопрос задается о чем-то таком, что с вами не произошло, закрасьте кружок ответа **Не применимо**, чтобы указать, что этот вопрос к вам не относится.

	Совсем не согласен	Не согласен	Не принял решения	Согласен	Полностью согласен	Не применимо
--	--------------------	-------------	-------------------	----------	--------------------	--------------

1. В общем, я удовлетворен(а) полученными мной услугами.
2. Я помогал(а) выбирать свои услуги.
3. Я помогал(а) выбирать цели моего лечения.
4. Люди, которые мне помогали, оставались со мной до конца.
5. Я знал(а), что у меня было с кем поговорить, когда я был(а) обеспокоен(а).
6. Я принимал(а) участие в своем собственном лечении.
7. Я получил(а) услуги, которые были для меня подходящими.
8. Местоположение предоставления услуг было удобное
9. Услуги предоставлялись в удобное для меня время.
10. Я получил(а) помощь, которую хотел(а).
11. Я получил(а) помощь в таком объеме, в котором я в ней нуждался(лась).
12. Персонал относился ко мне с уважением.
13. Персонал уважал религиозные / духовные убеждения моей семьи.
14. Работники разговаривали со мной таким образом, что я понимал(а).
15. Работники проявляли деликатность к моему культурному / этническому происхождению.

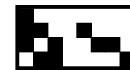
В результате полученных мной услуг:

	Совсем не согласен	Не согласен	Не принял решения	Согласен	Полностью согласен	Не применимо
--	--------------------	-------------	-------------------	----------	--------------------	--------------

16. Я лучшеправляюсь с ежедневной жизнью.
17. Мои отношения с родственниками стали лучше.
18. Мои отношения с друзьями и другими людьми стали лучше.
19. Мои успехи в школе и / или на работе стали лучше.
20. Я могу лучше справляться, когда что-то происходит не так.
21. В настоящее время я удовлетворен(а) своей семейной жизнью.
22. У меня лучше получается делать то, что мне хочется делать

ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ...

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



На вопросы с 23-го по 26-й просьба отвечать касательно отношений с другими людьми, кроме отношений с вашим психотерапевтом(-ами).

В результате полученных мной услуг:

	Совсем не согласен	Не согласен	Не принял решения	Согласен	Полностью согласен	Не применимо
--	--------------------	-------------	-------------------	----------	--------------------	--------------

23. Я знаю людей, которые выслушают и поймут меня, когда мне нужно поговорить.
24. У меня есть знакомые люди, с которыми мне легко разговаривать о моей проблеме(-ах).
25. В кризисной ситуации я получу необходимую мне помощь от родных или друзей.
26. У меня есть люди, с которыми я могу заниматься приятными делами.
27. Что было наиболее полезным в услугах, полученных вами на протяжении последних 6 месяцев?

28. Что могло бы улучшить предоставляемые здесь услуги

29. Напишите замечания здесь и / или на обратной стороне данной формы, если необходимо.

Нас интересуют как положительные, так и отрицательные отзывы.

Просьба ответить на следующие вопросы, чтобы рассказать нам, как у вас обстоят дела:

1. Проживали ли вы в каком-нибудь из следующих мест на протяжении **последних 6 месяцев**?

(ОТМЕТЬТЕ ВСЕ, ЧТО К ВАМ ОТНОСИТСЯ)

- С одним из родителей или с обоями родителями В приюте для бездомных В исправительном учреждении штата
 С другим членом семьи В групповом доме Сбежал(а) из дома / бездомный(-ая) / живу на улице
 В приемном доме В стационарном лечебном центре Другое (опишите): _____
 В лечебно-оздоровительном приемном доме В больнице
 В приюте для переживающих кризисную ситуацию В местной тюрьме или месте заключения

2. Вы обращались к лечащему врачу (или медсестре) на протяжении прошлого года для проверки здоровья или потому что заболели?

(Отметьте одно)

- Да, в клинике или офисе Да, но только в больничном отделении неотложной помощи Нет Не помню

3. Вы принимаете лекарство от эмоциональных проблем или проблем с поведением? Да Нет

3 а. Если "Да", говорил ли вам доктор или медсестра, за появлением каких побочных эффектов нужно следить? Да Нет

4. Примерно сколько времени вы получали здесь услуги?

- Это мой первый визит сюда. 1-2 месяца От 6 мес. до 1 года
 У меня было больше одного посещения, но я получал(а) услуги менее одного месяца 3-5 месяцев Более 1 года

ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ...

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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page



Просьба ответить на вопросы с 5-го по 10-й в том случае, если вы получали услуги по охране психологического здоровья в течение ОДНОГО ГОДА ИЛИ МЕНЕЕ. Если вы получали услуги по охране психологического здоровья в течение “БОЛЕЕ ОДНОГО ГОДА”, перейдите к вопросу 11.

5. Арестовывали ли вас с тех пор, как вы начали получать услуги по охране психологического здоровья? Да Нет

6. Арестовывали ли вас на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? Да Нет

7. С тех пор как вы начали получать услуги по охране психологического здоровья, ваши столкновения с полицией:

стали более редкими (например, вас не арестовывали, полиция вас не беспокоила или не отводила в приют или программу помощи в кризисной ситуации)

остались на прежнем уровне

. участились

не применимо (не было столкновений с полицией в этом или прошлом году)

8. Вас исключали или временно исключали со времени начала предоставления услуг? Да Нет

9. Вас исключали или временно исключали на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? Да Нет

10. С тех пор как вы начали получать услуги, количество проведенных вами в школе дней

увеличилось осталось примерно таким же уменьшилось не применимо (просьба выбрать, почему это к вам не относится)

не имел(-а) проблем с посещаемостью до начала получения услуг

был(-а) исключен(-а) из школы

получаю домашнее образование

бросил(-а) школу

Другое: _____

ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу № 17 на следующей странице ➔

*Просьба ответить на вопросы с 11 по 16 **только** в том случае, если
вы получаете услуги по охране психического здоровья более 12 месяцев.*

11. Вас арестовывали на протяжении последних 12 месяцев? Да Нет

12. Вас арестовывали на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? Да Нет

13. На протяжении прошлого года ваши столкновения с полицией...

остали более редкими (например, вас не арестовывали, полиция вас не беспокоила или не отводила в приют или программу помощи в кризисной ситуации)

остались на прежнем уровне

участились

не применимо (не было столкновений с полицией в этом или прошлом году)

14. Вас исключали или временно исключали на протяжении последних 12 месяцев? Да Нет

15. Вас исключали или временно исключали на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? Да Нет

16. На протяжении прошлого года количество проведенных вами в школе дней

увеличилось осталось примерно таким же уменьшилось не применимо (просьба выбрать, почему это к вам не относится)

не имел(-а) проблем с посещаемостью до начала получения услуг

был(-а) исключен(-а) из школы

получал(-а) домашнее образование

бросил(-а) школу

Другое: _____

ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ...

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

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

Страница 3 из 4

25875



Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы, чтобы дать нам возможность немного вас узнать.

17. Какой у вас пол? Женский Мужской Иное
18. Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения? Да Нет Неизвестно

19. Какой вы расы? (Отметьте все, что к вам относится).

- Американский индеец / Уроженец Аляски Уроженец Гавайев /
других островов Тихого Океана Неизвестно
- Азиат Белый(ая)
- Африканского происхождения /
американец африканского происхождения Иное

20. Какая у вас дата рождения? (Напишите ее в квадратиках И закрасьте соответствующие кружки. Смотрите пример).

Дата рождения (месяц-день-год)

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

ПРИМЕР. Дата рождения 30 апреля 1987 года.

Дата рождения (месяц-день-год)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

1. Напишите свою
дату рождения

2. Закрасьте
соответствующие
кружки

0	<input checked="" type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	9
0	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	9
0	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	9
0	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	9
0	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	9
0	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	9
0	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	9
0	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	9
0	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	9
0	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	9
0	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	9

21. У вас есть медицинская страховка Medi-Cal (Medicaid)? Да Нет

22. Были ли услуги, которые вы получили, предоставлены на предпочтаемом вами языке? Да Нет

23. Была ли письменная информация (например, брошюры, описывающие имеющиеся услуги, ваши права как потребителя и материалы по просвещению о психическом здоровье) предоставлена вам на предпочтаемом вами языке? Да Нет

24. Укажите, пожалуйста, кто помог вам заполнить какую-нибудь часть этого опроса (Отметьте все, что к вам относится):

- Мне не нужна была ничья помощь. Профессиональный опрашивающий помог мне.
 Советник по психическому здоровью / доброволец помог мне. Мой врач / ведущий моего дела помог мне.
 Другой потребитель услуг по психическому здоровью помог мне. Другой работник кроме моего врача или ведущего
моего дела помог мне.
 Мой родственник помог мне. Кто-то еще помог мне. Кто?: _____

Благодарим за то, что уделили время на ответы на эти вопросы!

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Date of Survey Administration:

0 5 - - 2 0 2 2

Reason (if applicable):

- Ref Imp Lan Oth

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

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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:

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

25875