

Խնդրում ենք օգնել մեր գործակալությանը բարելավել ծառայությունները՝ պատասխանելով մի քանի հարցի:  
Ձեր պատասխանները գաղտնի են և չեն ազդի Ձեր 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

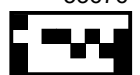
Սխալ Է



Լիովին համաձայն եմ	Դասձայն եմ	Չեզոք	Դասձայն 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 ստացած ծառայություններից: 2. Ես օգնել եմ ընտրել իմ ծառայությունները: 3. Ես օգնել եմ ընտրել իմ բուժման նպատակները:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Մարդիկ, ովքեր ինձ օգնում են, անկախ ամեն ինչից շփվում են ինձ հետ: 5. Ես գգում էի, որ ինչ-որ մեկի հետ կարող եմ խոսել, երբ ինձ ինչ-որ բան անհանգստացնում է: 6. Ես մասնակցել եմ իմ բուժմանը:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. Ես ստացել եմ ծառայություններ, որոնք տեղին էին ինձ համար: 8. Ծառայությունների մատուցման վայրը ինձ հարմար էր: 9. Ծառայությունները հասանելի են եղել այն ժամանակ, երբ ինձ հարմար է եղել:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Ես ստացել եմ այն օգնությունը, որը ցանկանում էի: 11. Ես ստացել եմ այնքան օգնություն, որքան անհրաժեշտ էր: 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"/>	<b>Որպես իմ ստացած ծառայությունների ուղղակի արդյունք՝</b> 16. Ես ավելի լավ եմ վարում առօրյա կյանքս: 17. Ես ավելի լավ եմ շփվում ընտանիքիս անդամների հետ: 18. Ես ավելի լավ եմ 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. Ես ավելի լավ եմ աշխատում դպրոցում և/կամ աշխատանքում: 20. Ես ավելի լավ եմ կարգավորում հարցերը, երբ հանդիպում եմ դժվարությունների: 21. Ես գոհ եմ մեր ընտանեկան կյանքից ներկա պահին: 22. Ես ավելի լավ եմ անում այն, ինչ ցանկանում եմ 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> <b>Որպես իմ ստացած ծառայությունների ուղղակի արդյունք՝</b> 23. Ես գիտեմ մարդկանց, ովքեր կլսեն և կհասկանան ինձ, երբ ես խոսեմ կարիք ունենամ: 24. Կան մարդիկ, ովքեր ես հաճելիորեն խոսում եմ իմ խնդիր(խնդիրների) մասին: 25. Ճգնաժամի 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\*\*\*



27. Ո՞րն է եղել վերջին 6 ամիսների ընթացքում Ձեր 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 Ձեր մասին:**

1. Վերջին 6 ամիսների ընթացքում ապրել եք հետևյալ վայրերից որևէ մեկում:

- Մեկ կամ երկու ծնողների հետ
- Ընտանիքի մեկ այլ անդամի հետ
- Խնամատար ընտանիքում
- Թերապևտիկ խնամատար ընտանիքում
- Ճգնաժամային ապաստանում
- Անօթևանների կացարանում
- Խմբային տանը
- Բնակելի բուժման կենտրոնում
- Հիվանդանոցում
- Տեղական բանտում կամ կալանավայրում
- Պետական ուղղիչ հիմնարկում
- Այլ
- Փախել եք/անօթևան եք եղել/ապրել եք փողոցում

2. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում այցելել՞ եք բժշկի (կամ բուժքրոջ) բուժզննում անցնելու համար կամ հիվանդ լինելու պատճառով:

- Այո, կլինիկայում կամ գրասենյակում
- Yes, but only in a hospital or emergency room
- Ոչ
- Չեմ հիշում

3. Ընդունո՞ւմ եք դեղեր զգայական/վարքային խնդիրներ ունենալու համար:

- Այո
- Ոչ

A. Եթե այո, բժիշկն ու բուժքույրը Ձեզ ասել են, թե ի՞նչ կողմնակի ազդեցությունների է պետք ուշադրություն դարձնել:



- Այո
- Ոչ

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

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



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

 <b>Ես այստեղ ծառայություն եմ ստացել 1 տարուց պակաս:</b>	 <b>Ես այստեղ ծառայություն եմ ստացել 1 տարի կամ ավելի:</b>
<p>5. Դուք ձերբակալվել էք այն պահից ի վեր, երբ սկսել եք հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալ: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>6. Դուք ձերբակալվել էք դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>7. Հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալուց ի վեր հանդիպումները ոստիկանների հետ ...</p> <p><input type="radio"/> Not applicable (այս կամ անցյալ տարի ոստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել)</p> <p><input type="radio"/> Սվազել եմ * <input type="radio"/> Նույնն եմ մնացել <input type="radio"/> Ավելացել եմ</p> <p><b>* (օրինակ, չեք ձերբակալվել, ոստիկանության կողմից հետապնդվել, ոստիկանության կողմից տարվել ապաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն)</b></p>	<p>11. Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ձերբակալվել էք: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>12. Դուք ձերբակալվել էք դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>13. Անցած տարվա ընթացքում Դուք ունեցել եք հանդիպումներ ոստիկանության հետ...</p> <p><input type="radio"/> Not applicable (այս կամ անցյալ տարի ոստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել)</p> <p><input type="radio"/> Սվազել եմ * <input type="radio"/> Նույնն եմ մնացել <input type="radio"/> Ավելացել եմ</p> <p><b>* (օրինակ, չեք ձերբակալվել, ոստիկանության կողմից հետապնդվել, ոստիկանության կողմից տարվել ապաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն)</b></p>
<p>8. Դուք արտաքսվել կամ խափանվել էք ծառայությունների ստացման պահից ի վեր: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>9. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Դուք արտաքսվել կամ խափանվել էիք: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>10. Ծառայություններ ստանալուց ի վեր, Դուք դպրոցում եղել եք մի քանի օր.</p> <p><input type="radio"/> Չի վերաբերվում <input type="radio"/> Ավելի շատ <input type="radio"/> Մոտավորապես նույնը <input type="radio"/> Ավելի քիչ</p> <p><u>Եթե չի վերաբերում, ընտրեք, թե ինչու դա չի վերաբերում</u></p> <p><input type="radio"/> Ծառայությունները սկսելուց ի վեր ես հաճախելու խնդիր չեմ ունեցել</p> <p><input type="radio"/> Ինձ վտարել են դպրոցից</p> <p><input type="radio"/> Ես կրթություն եմ ստանում տանը</p> <p><input type="radio"/> Ես դուրս եմ եկել դպրոցից</p> <p><input type="radio"/> Այլ</p>	<p>14. Վերջին 12 ամիսների ընթացքում արտաքսվել կամ խափանվել էք: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>15. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Դուք արտաքսվել կամ խափանվել էիք: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>16. Անցած մեկ տարվա ընթացքում դուք դպրոցում եք եղել մի քանի օր.</p> <p><input type="radio"/> Չի վերաբերվում <input type="radio"/> Ավելի շատ <input type="radio"/> Մոտավորապես նույնը <input type="radio"/> Ավելի քիչ</p> <p><u>Եթե չի վերաբերում, ընտրեք, թե ինչու դա չի վերաբերում</u></p> <p><input type="radio"/> Ծառայությունները սկսելուց ի վեր ես հաճախելու խնդիր չեմ ունեցել</p> <p><input type="radio"/> Ինձ վտարել են դպրոցից</p> <p><input type="radio"/> Ես կրթություն եմ ստանում տանը</p> <p><input type="radio"/> Ես դուրս եմ եկել դպրոցից</p> <p><input type="radio"/> Այլ</p>

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

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





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

17. Ո՞րն է Ձեր սեռը:  Իգական/իգական  Արական  Այլ
18. Դուք ունե՞ք մեքսիկական/իսպանական/լատինական ծագում:  Այո  Ոչ  Անհայտ
19. Ի՞նչ ռասայի եք պատկանում:  
 Ամերիկյան հնդկացի/ բնիկ այյասկացի  Բնիկ ամերիկացի/այլ խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնակիչ  
 Ասիացի  Սպիտակամորթ/ կովկասցի  Անհայտ  
 Սևամորթ/աֆրոամերիկացի  Այլ
20. Ո՞րն է Ձեր ծննդյան ամսաթիվը:  
 [ամիս / օր / տարի]  
  /   /
21. Դուք Medi-Cal (Medicaid) ապահովագրություն ունե՞ք:  Այո  Ոչ
22. Արդյո՞ք Ձեր ստացած ծառայությունները մատուցվել են Ձեր նախընտրած լեզվով:  Այո  Ոչ
23. 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
24. 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:

## Շնորհակալություն այս հարցերին պատասխանելու ժամանակ տրամադրելու համար:

### FOR OFFICE USE ONLY:

#### REQUIRED Information:

County Code:

Date of Survey Administration:

  /   /    

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.

