



# YOUTH SERVICES SURVEY FOR FAMILIES

## Spring 2023

ARMENIAN

Print PDF as needed. Do not photocopy!

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:

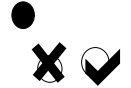
Ստորև բերված հարցման յուրաքանչյուր կետի համար լրացրեք ձեր ընտրությանը համապատասխանող շրջանակը:

Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել շրջանակը:

ՕՐԻՆԱԿ:



Իշտ է  
Միայն է



Լիովին համաձայն եմ
Համաձայն եմ
Չեզոք
Համաձայն չեմ
Բոլորովին համաձայն չեմ
Կիրառելի չէ

Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին՝ հիմնվելով ՎԵՐՁԻՆ 6 ԿԱՍ ծառայությունները 6 ամվա ընթացքում չստանալու դեպքում՝ մինչ այժմ ստացված ծառայությունների վրա: Խնդրում ենք ստորև նշված պնդումներից յուրաքանչյուրի առջև նշել նախընտրելի տարբերակը. լիովին համաձայն եք, համաձայն եք, չեք կողմնորոշվում, համաձայն չեք, բոլորովին համաձայն չեք: Եթե հարցը վերաբերում է մի բանի, որին Դուք չեք առընչվել, ընտրեք Կիրառելի չէ տարբերակը՝ նշելով, որ այն ձեզ չի վերաբերում:

<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"/>

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"/>
<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"/>

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"/>
<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"/>

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"/>
<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"/>

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"/>
<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"/>

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:

### Որպես իմ երեխայի և/կամ իմ ընտանիքի ստացած ծառայությունների անմիջական արդյունք.

<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"/>

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"/>
<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"/>

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:

Հաջորդող չորս հարցերում խնդրում ենք պատասխանել Ձեր հոգեկան առողջության մատակարար(ներ)ից բացի այլ անձանց հետ հարաբերությունների վերաբերյալ:

### Որպես իմ երեխայի և/կամ իմ ընտանիքի ստացած ծառայությունների անմիջական արդյունք.

<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"/>

23. Ես գիտեմ մարդկանց, ովքեր կյսեն և կհասկանան ինձ, երբ ես խոսելու կարիք ունենամ:
24. Կան մարդիկ, ովքեր հետ ես հաճելիորեն խոսում եմ իմ երեխայի խնդրի(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 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 ...
- Չի վերաբերվում (այս կամ անցյալ տարի ոստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել)
  - Լվազել 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 ...
- Չի վերաբերվում (այս կամ անցյալ տարի ոստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեք ունեցել)
  - Լվազել 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	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

**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:**

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

29708

