



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.	<input type="radio"/>					
24. У меня есть знакомые люди, с которыми мне легко разговаривать о моей проблеме(-ах).	<input type="radio"/>					
25. В кризисной ситуации я получу необходимую мне помощь от родных или друзей.	<input type="radio"/>					
26. У меня есть люди, с которыми я могу заниматься приятными делами.	<input type="radio"/>					
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)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> С одним из родителей или с обоими родителями | <input type="radio"/> В приюте для бездомных                | <input type="radio"/> В исправительном учреждении штата                |
| <input type="radio"/> С другим членом семьи                        | <input type="radio"/> В групповом доме                      | <input type="radio"/> Сбежал(а) из дома/ бездомный(-ая)/ живу на улице |
| <input type="radio"/> В приемном доме                              | <input type="radio"/> В стационарном лечебном центре        |  |
| <input type="radio"/> В лечебно-оздоровительном приемном доме      | <input type="radio"/> В больнице                            | <input type="radio"/> Другое (опишите): _____                          |
| <input type="radio"/> В приюте для переживающих кризисную ситуацию | <input type="radio"/> 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?**

- |   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Это мой первый визит сюда.  | <input type="radio"/> 1-2 месяца  | <input type="radio"/> От 6 мес. до 1 года |
| <input type="radio"/> У меня было больше одного посещения, но я получал(а) услуги менее одного месяца | <input type="radio"/> 3-5 месяцев | <input type="radio"/> 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...

- 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)

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...

39964



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

CSI County Client Number

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

**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 / американоафриканского происхождения  Иное

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

Дата рождения (месяц-день-год)

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

ПРИМЕР: Дата рождения 30 апреля 1987 года:  
Дата рождения (месяц-день-год)

	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
1. Напишите свою дату рождения	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
2. Закрасьте соответствующие кружки	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○
	○	○		○	○		○	○	○	○

21. У вас есть медицинская страховка Medi-Cal (Medicaid)?  Да  Нет
22. Были ли услуги, которые вы получили, предоставлены на предпочитаемом 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 предпочитаемом вами языке?  Да  Нет
24. Укажите, пожалуйста, кто помог вам заполнить какую-нибудь часть этого опроса (Отметьте все, что к вам относится):
- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Мне не нужна была ничья помощь.                              | <input type="radio"/> Профессиональный опрашивающий помог мне.                           |
| <input type="radio"/> Советник по психическому здоровью / доброволец помог мне.    | <input type="radio"/> Мой врач / ведущий моего дела помог мне.                           |
| <input type="radio"/> Другой потребитель услуг по психическому здоровью помог мне. | <input type="radio"/> Другой работник кроме моего врача или ведущего мое дело помог мне. |
| <input type="radio"/> Мой родственник помог мне.                                   | <input type="radio"/> Кто-то еще помог мне. Кто?: _____                                  |

**Благодарим за то, что уделите время на ответы на эти вопросы!**

**FOR OFFICE USE ONLY:**

**REQUIRED Information:**

County Code: 

□	□
---	---

Date of Survey Administration: 

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**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:**

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---