

**Russian**

**For FIELD-BASED SERVICES ONLY  
Los Angeles County - Department of Mental Health**

**Youth Survey  
(13 - 17 Years  
Old)**

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. Просьба полностью закрашивать кружок.

ПРИМЕР: ● Правильно      ⊗ ⊘ ⊙ Неправильно

		Совсем не согласен	Не согласен	Нейтрален	Согласен	Полностью согласен	Не применимо
1	Я знал(а), что у меня было с кем поговорить, когда я был(а) обеспокоен(а).	<input type="radio"/>					
2	Местоположение предоставления услуг было удобное	<input type="radio"/>					
3	Услуги предоставлялись в удобное для меня время.	<input type="radio"/>					
4	Работники проявляли деликатность к моему культурному / этническому происхождению.	<input type="radio"/>					
5	Мои отношения с родственниками стали лучше.	<input type="radio"/>					
6	Мои успехи в школе и / или на работе стали лучше.	<input type="radio"/>					
7	В кризисной ситуации я получаю необходимую мне помощь от родных или друзей.	<input type="radio"/>					

Дата рождения (месяц-день-год)							
Month		Date		Year			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				1	9		

Какой вы расы?			
(просьба отметить все, что к вам относится).			
<input type="radio"/>	Американский индеец / Уроженец Аляски	<input type="radio"/>	Уроженец Гавайев / других островов Тихого Океана
<input type="radio"/>	Азиат	<input type="radio"/>	Белый(ая)
<input type="radio"/>	Африканского происхождения	<input type="radio"/>	Иное
		<input type="radio"/>	Неизвестно

Какой у вас пол?	
<input type="radio"/>	Женский
<input type="radio"/>	Мужской
<input type="radio"/>	Иное

Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения?	
<input type="radio"/>	Да
<input type="radio"/>	Нет
<input type="radio"/>	Неизвестно

**FOR OFFICE USE ONLY**

Client MIS/IS Number						
<input type="text"/>						

Clinic IS Number			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Service Area
<input type="text"/>

Reason	
<input type="radio"/>	REFUSED
<input type="radio"/>	IMPAIRED
<input type="radio"/>	LANG
<input type="radio"/>	OTHER

MAY 2009  
Y RU