

بالنسبة للأسئلة من 23 إلى 26، يرجى الإجابة عن العلاقات مع الأشخاص الآخرين غير مقدم (مقدمي) خدمات الصحة النفسية.

نتيجة للخدمات التي تلقيتها:					
لا ينطبق	أوافق بشدة	أوافق	متردد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
<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. أعرف أشخاصًا سيستمعون إلي ويفهموني عندما أحتاج إلى التحدث.

24. لدي أشخاص أشعر بالراحة عند التحدث معهم حول مشكلتي (مشاكلي).

25. في حالة وقوع أزمة، سأحصل على الدعم الذي أحتاجه من العائلة أو الأصدقاء.

26. لدي أشخاص يمكنني أداء أنشطة ممتعة معهم.

27. ما الشيء الأكثر فائدة في الخدمات التي تلقيتها خلال 6 أشهر الماضية؟

28. ما الشيء الذي يمكن أن يحسن الخدمات هنا؟

29. يرجى تقديم التعليقات هنا و/أو على ظهر هذا النموذج، إذا لزم الأمر. نحن مهتمون بكل من الملاحظات الإيجابية والسلبية.

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لتخبرنا عن حالتك.

1. هل عشت في أي من الأماكن التالية خلال 6 أشهر الماضية؟ (يرجى تحديد كل الخيارات المناسبة.)

- مع أحد الوالدين أو كليهما
 مع أحد أفراد العائلة الآخرين
 دار رعاية
 دار رعاية علاجية
 مأوى في أوقات الأزمات
 مأوى للمشردين
 بيت جماعي
 مركز علاج سكني
 مستشفى
 سجن محلي أو مرفق احتجاز
 مرفق إصلاحي حكومي
 هارب / متشرد / يعيش في الشوارع
 غير ذلك، يرجى الوصف: _____

2. في العام الماضي، هل ذهبت لرؤية طبيب (أو ممرض) لإجراء فحص طبي أو بسبب مرضك؟ (حدد خيارًا.)

نعم، في عيادة نعم، لكن فقط في مستشفى أو غرفة طوارئ لا لا أتذكر

3. هل تناول أي دواء لعلاج مشاكل عاطفية / سلوكية؟ نعم لا

3. إذا كانت الإجابة بنعم، فهل أخبرك الطبيب أو الممرض أنت و/أو طفلك عن الآثار الجانبية التي يجب مراقبتها؟ نعم لا

5. منذ متى تقريبًا تتلقى الخدمات هنا؟

- هذه هي الزيارة الأولى لطفلي هنا.
 أجرى لدى طفلي أكثر من زيارة
 لكنه تلقى خدمات لمدة تقل عن شهر واحد.
 من شهر إلى شهرين
 من 3 - 5 أشهر
 من 6 أشهر إلى عام واحد
 أكثر من عام

يتبع في الصفحة التالية...

يرجى الإجابة عن الأسئلة من 5 إلى 10 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة النفسية منذ عام واحد أو أقل. إذا كنت تتلقى خدمات الصحة النفسية منذ "أكثر من عام"، فانتقل إلى السؤال 11 أدناه.

5. هل ألقى القبض عليك منذ أن بدأت في تلقي خدمات الصحة النفسية؟ نعم لا
6. هل ألقى القبض عليك خلال 12 شهرًا السابقة لذلك؟ نعم لا
7. منذ أن بدأت تلقي خدمات الصحة النفسية، هل كان المواجهات بينك وبين الشرطة:
 أقل (على سبيل المثال، لم يُلقَ القبض عليك أو لم تواجه مشاحنات مع الشرطة أو تصطحبك الشرطة إلى مأوى أو برنامج أزمات)
 ظلت كما هي
 زادت
 لا ينطبق (لم تحدث له أي مواجهات مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي)
8. هل طُردت أو تم إيقافك مؤقتًا منذ بدء الخدمات؟ نعم لا
9. هل طُردت أو تم إيقافك مؤقتًا خلال 12 شهرًا السابقة لذلك؟ نعم لا
10. منذ بدء تلقي الخدمات، كان عدد أيام حضورك في المدرسة:
 أكثر كما هي تقريبًا أقل لا ينطبق (يرجى تحديد لماذا لا ينطبق هذا السؤال)
 لم أواجه مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات
 طُردت من المدرسة
 أدرس في المنزل
 تركت المدرسة
 غير ذلك: _____



انتقل إلى السؤال رقم 17 في الصفحة التالية

يرجى الإجابة عن الأسئلة من 11 إلى 16 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة النفسية منذ "أكثر من عام واحد".

11. هل ألقى إلقاء القبض عليك خلال 12 شهرًا الماضية؟ نعم لا
12. هل ألقى القبض عليك خلال 12 شهرًا السابقة لذلك؟ نعم لا
13. خلال العام الماضي، هل كانت مواجهاتك مع الشرطة:
 أقل (على سبيل المثال، لم يُلقَ القبض عليك أو لم تواجه مشاحنات مع الشرطة أو تصطحبك الشرطة إلى مأوى أو برنامج أزمات)
 ظلت كما هي
 زادت
 لا ينطبق (لم تحدث له أي مواجهات مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي)
14. هل طُردت أو تم إيقافك مؤقتًا خلال 12 شهرًا الماضية؟ نعم لا
15. هل طُردت أو تم إيقافك مؤقتًا خلال 12 شهرًا السابقة لذلك؟ نعم لا
16. على مدار العام الماضي، كان عدد أيام حضورك في المدرسة:
 أكثر كما هي تقريبًا أقل لا ينطبق (يرجى تحديد لماذا لا ينطبق هذا السؤال)
 لم أواجه مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات
 طُردت من المدرسة
 أدرس في المنزل
 تركت المدرسة
 غير ذلك: _____

يتبع في الصفحة التالية...

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لتخبرنا قليلاً عن نفسك.

17. ما نوع جنسك؟ أنثى ذكر غير ذلك
18. هل أنت من أصل مكسيكي / إسباني / لاتيني؟ نعم لا غير معروف
19. ما هو عرقك؟ (يرجى تحديد كل الخيارات المناسبة.)
 هندي أحمر / من سكان الأسكا الأصليين مواطن أصلي من هاواي / مواطن من جزر المحيط الهادئ الأخرى غير معروف
 آسيوي أبيض / قوقازي غير ذلك
 أسود / أمريكي من أصل أفريقي
20. ما تاريخ ميلادك؟ (اكتبه في المربعات وظلل الدوائر المقابلة. انظر المثال.)

مثال: تاريخ الميلاد في 30 أبريل 1937:
 تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)

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

				-			-			تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
<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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3
<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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6
<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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9

21. هل لديك تأمين (Medi-Cal (Medicaid)؟ نعم لا

22. هل كان تقديم الخدمات التي تلقيتها باللغة التي تفضلها؟ نعم لا

23. هل كانت المعلومات المكتوبة (مثل الكتيبات التي تصف الخدمات المتاحة وحقوقك كمستهلك ومواد التثقيف في مجال الصحة النفسية) متاحة لك باللغة التي تفضلها؟ نعم لا

24. يرجى تحديد من ساعدك في إكمال أي جزء من استطلاع الرأي (ضع علامة أمام كل الخيارات المناسبة):

- لم أكن بحاجة إلى أي مساعدة.
- ساعدني مدافع / متطوع في مجال الصحة النفسية.
- ساعدني مستهلك آخر للصحة النفسية.
- ساعدني أحد أفراد عائلتي.
- ساعدني موظف مقابلات محترف.
- ساعدني طبيب / مدير حالة طفلي.
- ساعدني موظف آخر غير الطبيب أو مدير حالة طفلي.
- ساعدني شخص آخر. من هو؟ _____

نشكرك على تخصيص الوقت للرد على هذه الأسئلة.

FOR OFFICE USE ONLY:

Required Information:

Country Code:

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	1	9
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

Reason (if applicable):

Ref Imp Lan Oth

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

Optional County Questions:

Was this survey administered at home or in an office?
(Choose either 01 for Home or 02 for Office)

- 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:

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

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