



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

نتيجة للخدمات التي تلقاها طفلي:					
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 مشكلة (مشاكلي) طفلي.

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 أنت وطفلك 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 حالة طفلك.

1. هل يعيش طفلك حاليًا معك؟  نعم  لا

2. هل عاش طفلك في أي من الأماكن التالية خلال 6 أشهر الماضية؟ (يرجى تحديد كل الخيارات المناسبة.)

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

3. خلال العام الماضي، هل زار طفلك طبيبًا (أو ممرضًا) لإجراء فحص طبي أو بسبب مرضه؟ (حدد خيارًا.)

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

هل يتناول طفلك أي دواء لعلاج مشاكل عاطفية / سلوكية؟  نعم  لا

4. 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 يتلقى طفلك الخدمات هنا؟

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

يتبع في الصفحة التالية...

يرجى الإجابة عن الأسئلة من 6 إلى 11 إذا كان طفلك يتلقى خدمات الصحة النفسية منذ عام واحد أو أقل. إذا كان طفلك يتلقى خدمات الصحة النفسية منذ "أكثر من عام"، فانتقل إلى السؤال 12 أدناه.

6. هل ألقى القبض على طفلك منذ أن بدأ في تلقي خدمات الصحة النفسية؟  نعم  لا
7. هل ألقى القبض على طفلك خلال 12 شهرًا السابقة لذلك؟  نعم  لا
8. منذ أن بدأ طفلك تلقي خدمات الصحة النفسية، هل كان المواجهات بينه وبين الشرطة:  
 أقل (على سبيل المثال، لم يُلقَ القبض عليه أو لم يواجه مشاحنات مع الشرطة أو تصطحبه الشرطة إلى مأوى أو برنامج أزمات)  
 ظلت كما هي  
 زادت  
 لا ينطبق (لم تحدث له أي مواجهات مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي)
9. هل طُرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا منذ بدء الخدمات؟  نعم  لا
10. هل طُرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا خلال 12 شهرًا السابقة لذلك؟  نعم  لا
11. منذ بدء تلقي الخدمات، كان عدد أيام حضور طفلي في المدرسة:  
 أكثر  كما هي تقريبًا  أقل  لا ينطبق (يرجى تحديد لماذا لا ينطبق هذا السؤال)  
 لم يواجه الطفل مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات  
 طفلي أصغر من أن يلتحق بالمدرسة  
 طُرد الطفل من المدرسة  
 يدرس الطفل في المنزل  
 ترك الطفل المدرسة  
 غير ذلك: \_\_\_\_\_



انتقل إلى السؤال رقم 18 في الصفحة التالية

يرجى الإجابة عن الأسئلة من 12 إلى 17 إذا كان طفلك يتلقى خدمات الصحة النفسية لمدة "أكثر من عام واحد".

12. هل ألقى القبض على طفلك خلال 12 شهرًا الماضية؟  نعم  لا
13. هل ألقى القبض على طفلك خلال 12 شهرًا السابقة لذلك؟  نعم  لا
14. خلال العام الماضي، هل كانت مواجهات طفلك مع الشرطة:  
 أقل (على سبيل المثال، لم يُلقَ القبض عليه أو لم يواجه مشاحنات مع الشرطة أو لم تصطحبه الشرطة إلى مأوى أو برنامج أزمات)  
 ظلت كما هي  
 زادت  
 لا ينطبق (لم تحدث له أي مواجهات مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي)
15. هل طُرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا خلال 12 شهرًا الماضية؟  نعم  لا
16. هل طُرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا خلال 12 شهرًا السابقة لذلك؟  نعم  لا
17. على مدار العام الماضي، كان عدد أيام حضور طفلي في المدرسة:  
 أكثر  كما هي تقريبًا  أقل  لا ينطبق (يرجى تحديد لماذا لا ينطبق هذا السؤال)  
 لم يواجه الطفل مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات  
 طفلي أصغر من أن يلتحق بالمدرسة  
 طُرد الطفل من المدرسة  
 يدرس الطفل في المنزل  
 ترك الطفل المدرسة  
 غير ذلك: \_\_\_\_\_

يتبع في الصفحة التالية...

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لتخبرنا قليلاً عن نفسك.

18. ما نوع جنس طفلك؟  أنثى  ذكر  غير ذلك
19. هل أحد والدي الطفل من أصل مكسيكي / إسباني / لاتيني؟  نعم  لا  غير معروف
20. ما الأصل العرقي لطفلك؟ (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  أسود / أمريكي من أصل أفريقي  غير ذلك
21. ما تاريخ ميلاد طفلك؟ (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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>

22. هل لدى طفلك تأمين Medi-Cal (Medicaid)؟  نعم  لا

23. هل كان تقديم الخدمات التي تلقاها باللغة التي يفضلها؟  نعم  لا

24. 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

25. 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:

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

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