

- نرجو مساعدة وكللتا على تحسين خدماتها من خلال الإجابة على بعض الأسئلة. ستكون إجاباتك سرية، ولن تؤثر على الخدمات الحالية أو المسئولة التي تلقاها.
- يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بناءً على آخر 6 أشهر، أو إذا لم تلق أي خدمات لمدة 6 أشهر، فما عليك سوى تقديم إجابات بناءً على الخدمات التي تلقاها حتى الآن. يرجى تحديد ما إذا كنت موافقاً بشدة أو موافقاً أو متردداً أو غير موافق أو لا توافق بتاتاً على كل من العبارات أدناه حدد ""غير قابل للتطبيق"" إذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تجربه.

• يرجى ملء الدائرة بالكامل

صحيح غير صحيح

غير قابل للتطبيق	لا أوفق بشدة	لا أوفق	أنا محابٍ	أوفق	موافق بشدة	
<input type="radio"/>	1. تعجبني الخدمات التي تلقاها هنا.					
<input type="radio"/>	2. إن كان لدى خيارات أخرى، سأظل أفضل الحصول على الخدمات من هذه الوكالة.					
<input type="radio"/>	3. سأوصي بهذه الوكالة إلى صديق أو أحد أفراد الأسرة					
<input type="radio"/>	4. كان موقع الخدمات ملائماً.					
						موقف السيارات، المواصلات، المسافة، الخ.
<input type="radio"/>	5. كان طاقم العمل مستعداً لمقابلتي كلما شعرت بالحاجة إلى ذلك.					
<input type="radio"/>	6. رد طاقم العمل على مكالماتي خلال 24 ساعة.					
<input type="radio"/>	7. كانت الخدمات متاحة في أوقات كانت مناسبة لي.					
<input type="radio"/>	8. كنت أستطيع الحصول على كافة الخدمات التي ظننت أنني أحتاجها.					
<input type="radio"/>	9. كنت قادراً على رؤية الطبيب النفسي حين رغبت في ذلك.					
<input type="radio"/>	10. يعتقد طاقم العمل هنا أنه يمكنني أستطيع أنأشتد وأتغير واتعافى.					
<input type="radio"/>	11. شعرت بالراحة في طرح الأسئلة المتعلقة بعلاجي ودوائي.					
<input type="radio"/>	12. شعرت بالراحة في التعبير عن شكاوى.					
<input type="radio"/>	13. لقد تم منحي معلومات حول حقوقى.					
<input type="radio"/>	14. شجعني طاقم العمل على تحمل مسؤولية كيفية عيشي لحياتي.					
<input type="radio"/>	15. أخبرني طاقم العمل بشأن الآثار الجانبية التي ينبغي على الانتباه لها.					
<input type="radio"/>	16. احترم طاقم العمل رغباتي حول من يمكنه أو لا يمكنه الحصول على.					
<input type="radio"/>	17. أنا، وليس طاقم العمل، من قرر أهداف علاجي.					
<input type="radio"/>	18. أبدى طاقم العمل مراعاة لخلفياتي الثقافية.					
<input type="radio"/>	العرق، الدين، اللغة، الخ.					
<input type="radio"/>	19. ساعدني طاقم العمل في الحصول على المعلومات التي احتجتها بحيث يمكنني تحمل مسؤولية الحكم في مرضي.					
<input type="radio"/>	20. لقد تمت تشجيعي على استخدام البرامج التي يديرها المستهلك.					
						مجموعات الدعم، مراكز المساعدة، خطوط هاتف الأزمات، الخ
						نتائج مباشرة للخدمات التي تلقاها
<input type="radio"/>	21. أتعامل بفعالية أكبر مع مشاكل اليومية.					
<input type="radio"/>	22. أتمتع بقدرة أفضل على التحكم في حياتي.					
<input type="radio"/>	23. أتمتع بقدرة أفضل على التعامل مع الأزمات.					
<input type="radio"/>	24. أصبحت علاقتي أفضل بأسرتي.					
<input type="radio"/>	25. أصبحت أفضل أداءً في المواقف الاجتماعية.					
<input type="radio"/>	26. تحسن إنجازي في المدرسة وأو العمل.					
<input type="radio"/>	27. تحسن وضعى الم居زلي.					
<input type="radio"/>	28. ما عادت أعراضي تزعجني بنفس القدر.					
<input type="radio"/>	29. أقوم بأمور أكثر تعيني.					
<input type="radio"/>	30. أصبحت قدرتي أفضل على العناية باحتياجاتي.					
<input type="radio"/>	31. أصبحت قدرتي أفضل على معالجة الأمور حين تسوء.					
<input type="radio"/>	32. أصبحت قدرتي أفضل على القيام بالأمور التي أود القيام بها.					
						يرجى الإجابة عنها بالنسبة لعلاقتك مع أشخاص غير مزود/مزودي رعايتك النفسية
						نتائج مباشرة للخدمات التي تلقاها
<input type="radio"/>	33. أنا سعيد بصداقاتي.					
<input type="radio"/>	34. لدى حياتي أشخاص أشار لهم القيام بأمور ممتعة.					
<input type="radio"/>	35. أشعر بالانتماء في مجتمعي.					
<input type="radio"/>	36. في الأزمة، أحصل على الدعم الذي أحتاجه من الأسرة أو الأصدقاء.					

The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

DHCS 1744 AB

1 / 3



12353

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لعلمنا بحالك

- شهور 1-2
 شهور 5-3
 شهور إلى عام واحد
 أكثر من عام واحد

- قريباً، كم مضى على تلقيك الخدمات هنا؟
 هذه زيارتي الأولى هنا
 لقد قمت بأكثر من زيارة واحدة ولكنني تلقيت الخدمات
 رهشدن ملقاً

1.

يرجى الإجابة على الأسئلة #5-7 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل أكثر من سنة واحدة



يرجى الإجابة على الأسئلة #4-5 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل سنة واحدة أو أقل



5. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 الأخيرة؟

- نعم
 لا

2. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة النفس؟

- نعم
 لا

6. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟

- نعم
 لا

3. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟

- نعم
 لا

7. على مدى العام الماضي، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة...

أقل

- مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تصايقني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجاً أو برنامج أزمة
 ظلت كما هي
 زادت
 غير قابل للتطبيق
 لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي

4. نذ أن بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة...

أقل

- مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تصايقني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجاً أو برنامج أزمة
 ظلت كما هي
 زادت
 غير قابل للتطبيق
 لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية للسماح لنا بمعرفة بعض الأمور عنك

- متحول جنسياً: أنثى إلى ذكر
- متحول جنسياً: ذكر إلى أنثى
- هوية جندريّة أخرى

- ذكر
- أنثى
- غير ثنائي

8. ما جنس؟
قبطاني لم يدخل جري :

- توجُّه جنسٍ آخر
- غير معروف
- أفضَّل عدم الإجابة

- مستقيم/محب للجنس الآخر
- لوطي أو سحاقيّة
- مزدوج الميول الجنسيّة

9. هل تفكِّر في نفسك على النحو
القططاني لم يدخل جري :

غير معروف

لا

نعم

- أبيض/أفارقازي
- عرق آخر
- أسود/أمريكي أفريقي
- غير معروف

- هندي/أمريكي/سكن الأصليين
- آسيوي
- من سكان هواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

10. هل أنت من أصل مكسيكي/إسباني/لاتيني؟

11. ما عرقك؟
قبطاني لم يدخل جري :

سنة	شهر	يوم
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. ما تاريخ ميلادك؟

13. هل تم توفير الوثائق المكتوبة و / أو الخدمات التي تلقيتها باللغة التي تفضلها؟ نعم لا
مثل الكتبيات التي تصف الخدمات المتوفرة، وحقوقك كمستهلك، والمواد التنقية في الصحة النفسية



14. الآن بالتفكير في الخدمات التي تلقيتها، كم كان منها عن طريق الرعاية الصحية عن بعد؟
عبر الهاتف أو الكل تقريبا قليل جدا حوالي النصف لا شيء

15. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحية عن بعد مقارنة بزيارات الحضور التقليدية؟
أسوء بكثير أسوأ إلى حد ما نفس الشيء تقريبا أفضل إلى حد ما أفضل بكثير غير قابل للتطبيق

16. أفضل تلقي المزيد من رعاية الصحة العقلية الخاصة بي في هذا البرنامج عبر الرعاية الصحية عن بعد.
لا أوافق بشدة لا أوافق أنا محابي موافق بشدة غير قابل للتطبيق

17. يرجى إدراج التعليقات هنا و/أو على ظهر هذا النموذج إن احتجت. إننا مهتمون بآرائك السلبية والإيجابية. كما نرجو منك أن تدون هنا أي مجالات أخرى لم يتم تعطينها في هذا الاستبيان والتي تشعر أنه قد كان لا بد من ذكرها. شكرًا لك على وقتك وتعاونك في تعبئة هذا الاستبيان.

نشكرك على الوقت الذي استغرقه للإجابة على هذه الأسئلة!



FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

Date of Survey Administration:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

0	5
---	---

/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------

/	2	0	2	4
---	---	---	---	---

County Reporting Unit (optional):

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Code for not completing the survey (if applicable):

- Refused
- Impaired
- Language
- Other

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

* CSI County Client Number

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Must be entered on EVERY page

12353