

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

صحيح
غير صحيح

موافق بشدة	وافق	أنا محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	غير قابل للتطبيق
<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"/>
<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"/>
<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"/>

يرجى الإجابة عنها بالنسبة لعلاقاتك مع أشخاص غير مزود/مزودي رعايتك النفسية

موافق بشدة	وافق	أنا محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	غير قابل للتطبيق
<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"/>

كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها

33. أنا سعيد بصداقاتي.
34. لدي في حياتي أشخاص أشاركهم القيام بأمر ممتعة.
35. أشعر بالانتماء في مجتمعي.
36. في الأزمات، أحصل على الدعم الذي أحتمه 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

12353

DHCS 1744 AB

Must be entered on EVERY page

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لتعلمنا بحالك

1. قريباً، كم مضى على تلقيك الخدمات هنا؟ هذه زيارتي الأولى هنا لقد قمت بأكثر من زيارة واحدة ولكنني تلقيت الخدمات رهشداً من قبل
- 1-2 شهر 3-5 شهر 6 أشهر إلى عام واحد أكثر من عام واحد

يرجى الإجابة على الأسئلة #5-7 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل أكثر من سنة واحدة	يرجى الإجابة على الأسئلة #2-4 إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية من أجل سنة واحدة أو أقل
<p>5. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 الأخيرة؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا</p> <p>6. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا</p> <p>7. على مدى العام الماضي، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة... <input type="radio"/> أقل مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة <input type="radio"/> ظلت كما هي <input type="radio"/> زادت <input type="radio"/> غير قابل للتطبيق لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي</p>	<p>2. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا</p> <p>3. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا</p> <p>4. نذ أن بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة... <input type="radio"/> أقل مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة <input type="radio"/> ظلت كما هي <input type="radio"/> زادت <input type="radio"/> غير قابل للتطبيق لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي</p>

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



12353



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية للسماح لنا بمعرفة بعض الأمور عنك

8. ما جنسك؟
قبطني ام لك ديدحتي جريدي
○ ذكر
○ أنثى
○ غير ثنائي
○ متحول جنسيا: أنثى إلى ذكر
○ متحول جنسيا: ذكر إلى أنثى
○ هوية جندرية أخرى

9. هل تفكر في نفسك على النحو القبطنيلي ام لك ديدحتي جريدي :
○ مستقيم/محب للجنس الآخر
○ لوطي أو سحاقية
○ مزدوج الميول الجنسية
○ توجه جنسي آخر
○ غير معروف
○ أفضل عدم الإجابة

10. هل أنت من أصل مكسيكي/إسباني/لاتيني؟
○ نعم
○ لا
○ غير معروف

11. ما عرقك؟
قبطني ام لك ديدحتي جريدي
○ هندي أميركي/سكان ألاسكا الأصليين
○ آسيوي
○ أسود/أميركي أفريقي
○ من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
○ أبيض/قوقازي
○ عرق آخر
○ غير معروف

12. ما تاريخ ميلادك؟
يوم شهر سنة
[] [] - [] [] - [] [] [] []

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

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

15. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحية عن بُعد مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟
○ أسوأ 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 محايد
○ أوافق
○ موافق بشدة
○ غير قابل للتطبيق

17. يرجى إدراج التعليقات هنا و/أو على ظهر هذا النموذج إن احتجت. إننا مهتمون بأرائك السلبية والإيجابية. كما نرجو منك أن تدوّن هنا أي مجالات أخرى لم يتم تغطيتها 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 استغرقته للإجابة على هذه الأسئلة!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

[]	[]
-----	-----

Date of Survey Administration:

[0]	[5]	/	[]	[]	/	[2]	[0]	[2]	[4]
-------	-------	---	-----	-----	---	-------	-------	-------	-------

County Reporting Unit (optional):

[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

12353



Must be entered on EVERY page