



- 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 или ваш ребенок получаете или получите.
- Пожалуйста, отвечайте на следующие вопросы на основании **ПОСЛЕДНИХ 6 МЕСЯЦЕВ** или если вы не получали услуг в течение 6 месяцев, просто отвечайте на основании тех услуг, которые вы получали до сих пор. Укажите свой выбор: **Категорически не согласны, Не согласны, Не принял решения, Согласен, или Полностью согласен** для каждого из утверждений внизу. Выберите «Неприменимо», если вопрос касается чего-то, с чем вы или ваш ребенок не сталкивались.

	Верный ● Неверно ○ ⊗ ⊘ ✓	Категорически не согласны	Не согласен	Не принял решения	Согласен	Полностью согласен	Не применимо
• Пожалуйста, закрашивайте кружок полностью.							
1. В общем, я удовлетворен(а) полученными моим ребенком услугами.		○	○	○	○	○	○
2. Я помогал(а) выбирать услуги для моего ребенка.		○	○	○	○	○	○
3. Я помогал(а) выбирать цели лечения моего ребенка.		○	○	○	○	○	○
4. Люди, которые помогали моему ребенку, оставались с нами до конца.		○	○	○	○	○	○
5. Я знал(а), что у моего ребенка было с кем поговорить, когда он / она был(а) обеспокоен(а).		○	○	○	○	○	○
6. Я принимал(а) участие в лечении моего ребенка.		○	○	○	○	○	○
7. Услуги, полученные моим ребенком и / или семьей, были для нас подходящими		○	○	○	○	○	○
8. Местоположение предоставления услуг было удобным для нас.		○	○	○	○	○	○
9. Услуги предоставлялись в удобное для нас время.		○	○	○	○	○	○
10. Моя семья получила помощь, которую мы хотели для своего ребенка.		○	○	○	○	○	○
11. Моя семья получила помощь в таком объеме, в котором нуждался наш ребенок.		○	○	○	○	○	○
12. Персонал относился ко мне с уважением.		○	○	○	○	○	○
13. Персонал уважал религиозные / духовные убеждения моей семьи.		○	○	○	○	○	○
14. Работники разговаривали со мной таким образом, что я понимал(а).		○	○	○	○	○	○
15. Работники проявляли деликатность к моему культурному / этническому происхождению.		○	○	○	○	○	○
В результате полученных моим ребенком и / или семьей услуг:							
16. Мой ребенок лучше справляется с ежедневной жизнью.		○	○	○	○	○	○
17. Отношения моего ребенка с членами семьи стали лучше.		○	○	○	○	○	○
18. Отношения моего ребенка с друзьями и другими людьми стали лучше.		○	○	○	○	○	○
19. Успехи моего ребенка в школе и / или на работе стали лучше.		○	○	○	○	○	○
20. Мой ребенок может лучше справиться, когда что-то происходит не так.		○	○	○	○	○	○
21. В настоящее время я удовлетворен(а) своей семейной жизнью.		○	○	○	○	○	○
22. Мой ребенок лучше умеет делать то, что ему хочется делать		○	○	○	○	○	○
<i>На вопросы с просьба отвечать касательно отношений с другими людьми, кроме отношений с вашим психотерапевтом(-ами).</i>							
В результате полученных моим ребенком и / или семьей услуг:							
23. Я знаю людей, которые выслушают и поймут меня, когда мне нужно поговорить.		○	○	○	○	○	○
24. У меня есть знакомые люди, с которыми мне легко говорить о проблеме(-ах) моего ребенка		○	○	○	○	○	○
25. В кризисной ситуации я получаю необходимую мне помощь от родных или друзей.		○	○	○	○	○	○
26. У меня есть люди, с которыми я могу заниматься приятными делами.		○	○	○	○	○	○

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

17992

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

DHCS 1744 RU

Must be entered on EVERY page



27. Что было самым полезным в услугах, полученных вами и вашим ребенком на протяжении последних 6 месяцев? Что могло бы улучшить предоставляемые здесь услуги. Напишите замечания здесь. Нас интересуют как положительные, так и отрицательные отзывы.

Просьба ответить на следующие вопросы, чтобы рассказать нам, как обстоят дела у вашего ребенка.

1. Ваш ребенок сейчас живет с вами? да Нет
2. Проживал ли ваш ребенок в каком-нибудь из этих мест на протяжении последних 6 месяцев?
просьба отметить все, что к вам относится

<input type="radio"/> С одним из родителей или с обоими родителями	<input type="radio"/> В стационарном лечебном центре
<input type="radio"/> С другим членом семьи	<input type="radio"/> В больнице
<input type="radio"/> В приемном доме	<input type="radio"/> В местной тюрьме или месте заключения
<input type="radio"/> В лечебно-оздоровительном приемном доме	<input type="radio"/> В исправительном учреждении штата
<input type="radio"/> В приюте для переживающих кризисную ситуацию	<input type="radio"/> Сбежал(а) из дома/ бездомный(-ая)/ живу на улице
<input type="radio"/> В приюте для бездомных	<input type="radio"/> Иное
<input type="radio"/> В групповом доме	
3. За последний год обращался ли ваш ребенок к лечащему врачу (или медсестре) для проверки здоровья или потому что заболел?
 Да, в клинике или офисе Да, но только в больничном отделении неотложной помощи Нет Не помню
4. Принимает ли ваш ребенок лекарство от эмоциональных проблем или проблем с поведением?
 да Нет
- 4а. Если "Да", говорил ли доктор или медсестра вам и/или вашему ребенку о том, за появлением каких побочных эффектов нужно следить?
 да Нет

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



17992



5. Примерно сколько времени вы получали здесь услуги?

- Это мой первый визит сюда. 1-2 месяцев
 У меня было больше одного посещения, но я получал(а) услуги менее одного месяца 3-5 месяцев
 От 6 мес. до 1 года
 Более 1 года

Пожалуйста, ответьте на вопросы № 6–11, если ваш ребенок проходил лечение психического здоровья в течение



ОДИН ГОД ИЛИ МЕНЕЕ

6. Арестовывали ли вашего ребенка с тех пор, как он начал получать услуги по охране психологического здоровья? да Нет
7. Был ли ваш ребенок арестован на протяжении 12 месяцев до этого? да Нет
8. С тех пор как ваш ребенок начал получать услуги по охране психологического здоровья, его столкновения с полицией...
 стали более редкими
например, ребенка не арестовывали, полиция его не беспокоила или не отводила в приют или программу помощи в кризисной ситуации
 остались на прежнем уровне
 участились
 Не применимо
не было столкновений с полицией в этом или прошлом году
9. Вашего ребенка исключали или временно исключали со времени начала предоставления услуг? да Нет
10. Вашего ребенка исключали или временно исключали на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? да Нет
11. С тех пор как мой ребенок начал получать услуги, количество проведенных им в школе дней
 увеличилось осталось примерно таким же уменьшилось
 не применимо → *Пожалуйста, выберите, почему это неприменимо*
 до начала получения услуг ребенок не имел проблем с
 ребенок слишком маленький, чтобы учиться в школе
 ребенок был исключен из школы
 ребенок получает домашнее образование
 ребенок бросил школу
 Иное

Пожалуйста, ответьте на вопросы № 12–17, если ваш ребенок проходил лечение психического здоровья в течение



БОЛЕЕ ОДНОГО ГОДА

12. Был ли ваш ребенок арестован на протяжении последних 12 месяцев? да Нет
13. Был ли ваш ребенок арестован на протяжении 12 месяцев до этого? да Нет
14. На протяжении прошлого года столкновения вашего ребенка с полицией...
 стали более редкими
например, ребенка не арестовывали, полиция его не беспокоила или не отводила в приют или программу помощи в кризисной ситуации
 остались на прежнем уровне
 участились
 Не применимо
не было столкновений с полицией в этом или прошлом году
15. Был ли ваш ребенок исключен или временно исключен на протяжении последних 12 месяцев? да Нет
16. Вашего ребенка исключали или временно исключали на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? да Нет
17. На протяжении прошлого года количество дней, проведенных моим ребенком в школе
 увеличилось осталось примерно таким же уменьшилось
 не применимо → *Пожалуйста, выберите, почему это неприменимо*
 до начала получения услуг ребенок не имел проблем с
 ребенок слишком маленький, чтобы учиться в школе
 ребенок был исключен из школы
 ребенок получает домашнее образование
 ребенок бросил школу
 Иное

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



**Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы,
чтобы дать нам возможность немного узнать о вашем ребенке.**

18. Какой пол у вашего ребенка? *просьба отметить все, что к вам относится*

Мужской
 Женский
 Небинарный пол
 Трансгендер: от женщины к мужчине
 Трансгендер: от мужчины к женщине
 Другая гендерная идентичность

19. Кто-нибудь из родителей ребенка имеет мексиканское / испанское / латиноамериканское происхождение? да Нет Неизвестно

20. Какой расы ваш ребенок? *просьба отметить все, что к вам относится*


Американский индеец / Уроженец Аляски
 Азиат
 Африканского происхождения / американец африканского происхождения
 Уроженец Гавайев / других островов Тихого Океана
 Белый(ая)
 Другая раса
 Неизвестно

21. Какая у вашего ребенка дата рождения?

_____ *месяц* - _____ *день* - _____ *год*

22. У вашего ребенка есть медицинская страховка Medi-Cal (Medicaid)? да Нет

23. Были ли полученные вашим ребенком письменные документы и/или услуги предоставлены на предпочтительном для него/ее языке? *например, брошюры, описывающие имеющиеся услуги, ваши права как потребителя и материалы по просвещению о психическом здоровье* да Нет

<p>24. А теперь, подумав об услугах, которые получал ваш ребенок, ответьте, какая часть из них была получена посредством телемедицины? <i>по телефону или через видео-конференцию</i></p> <p> <input type="radio"/> Нисколько <input type="radio"/> Очень мало <input type="radio"/> Примерно половина <input type="radio"/> Почти все <input type="radio"/> Все </p> <p>25. Насколько полезными были телемедицинские консультации по сравнению с традиционными личными посещениями вашего ребенка?</p> <p> <input type="radio"/> Намного хуже <input type="radio"/> Несколько хуже <input type="radio"/> Примерно такой же <input type="radio"/> Несколько лучше <input type="radio"/> Намного лучше <input type="radio"/> Не применимо </p> <p>26. Я бы предпочел(-ла), чтобы мой ребенок получал лечение психического здоровья в большем объеме в рамках этой программы с помощью телемедицины.</p> <p> <input type="radio"/> Категорически не согласны <input type="radio"/> Не согласен <input type="radio"/> Отношусь нейтрально <input type="radio"/> Согласен <input type="radio"/> Полностью согласен <input type="radio"/> Не применимо </p>	
---	---

👉 Спасибо, что нашли время ответить на эти вопросы!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:
Date of Survey Administration: / /
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

17992

