

لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید تا بدانیم حالتان چگونه است

- تا ۲ ماه ۱
- تا ۵ ماه ۳
- ماه تا ۱ سال ۶
- بیش از ۱ سال

- این اولین مراجعه من به اینجاست
- بیش از یک بار مراجعه کرده‌ام
- اما کمتر از یک ماه است که خدمات دریافت می‌کنم

1. تقریباً چه مدت است از اینجا خدمات دریافت می‌کنید؟

<p>اگر خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده‌اید، لطفاً به پرسش‌های 5 تا 7 بیشتر پاسخ دهید</p>	<p>اگر خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده‌اید، لطفاً به پرسش‌های 2 تا 4 پاسخ دهید</p>
<p>5. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دستگیر شده‌اید؟</p> <p>6. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، بازداشت شده بودید؟</p> <p>7. در طی سال گذشته، برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...</p> <p>○ کاهش یافته است</p> <p>○ به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، پلیس به من گیر نداده است، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام</p> <p>○ ثابت مانده است</p> <p>○ افزایش یافته است</p> <p>○ مصداق ندارد</p> <p>○ امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشتم</p>	<p>2. آیا از زمان شروع دریافت خدمات بهداشت روان، دستگیر شده‌اید؟</p> <p>3. آیا در طی ۱۲ ماه قبل از دریافت خدمات، بازداشت شده بودید؟</p> <p>4. از زمانی که خدمات بهداشت روان دریافت می‌کنید برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...</p> <p>○ کاهش یافته است</p> <p>○ به عنوان مثال، دستگیر نشده‌ام، پلیس به من گیر نداده است، توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌ام</p> <p>○ ثابت مانده است</p> <p>○ افزایش یافته است</p> <p>○ مصداق ندارد</p> <p>○ امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشتم</p>

لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید تا کمی درباره خودتان به ما اطلاعات بدهید

8. جنسیت شما چیست؟
- لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید
- مرد
 - زن
 - (یعنی نه مرد و نه زن - non-binary) جنسیت غیردوگانه
9. آیا شما خود را به عنوان موارد زیر می‌شناسید؟
- لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید
- (heterosexual) علاقه مند به جنس مخالف/ناهمجنس گرا
 - ناشناخته
 - (bisexual) دوجنس گرا
10. آیا شما اصالت مکزیکی / اسپانیایی / لاتین دارید؟
- بله
 - نه
 - ناشناخته
- گرایش جنسی دیگر
- (lesbian) و یا زن همجنس گرا (gay) مرد همجنس گرا
- ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

16279



- سفیدپوست / قفقازی
- نژاد دیگر
- ناشناخته

- سرخپوست / بومی آلاسکا
- آسیایی
- سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی
- بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام

11. نژاد شما چیست؟
لطفاً همه موارد مرتبط
را علامت بزنید

روز ماه سال

--	--

-

--	--

-

--	--	--	--

12. تاریخ تولد شما چه زمانی است؟

13. آیا اسناد کتبی و یا خدماتی که دریافت کرده اید به زبانی دلخواه شما بوده است؟
بله نه
به عنوان مثال بروشورهایی که خدمات موجود، حقوق شما به عنوان مصرف کننده و مطالب آموزشی بهداشت روان را توصیف می کنند



14. اکنون به خدماتی که دریافت نمودید فکر کنید؛ چه مقدار از آن درمان از راه دور بود؟

از طریق تلفن یا کنفرانس ویدئویی

- هیچ
- خیلی کم
- تقریباً نصف آن
- تقریباً تمام آن
- تمام آن

15. چقدر برای شما (telehealth) در مقایسه با قرار ملاقات های حضوری، درمان از راه دور مفید بوده است؟

- خیلی بدتر
- تا حدی بدتر
- تقریباً مشابه
- تا حدی بهتر
- خیلی بهتر

مصداق ندارد

16. ترجیح می دهم که بیشتر درمان های بهداشت روانی خودم در این برنامه را از طریق درمان از راه دور دریافت کنم

- کاملاً مخالفم
- مخالفم
- بی طرف
- موافقم
- کاملاً موافقم

مصداق ندارد

17. لطفاً نظرات خود را در اینجا بنویسید. ما هم به بازخوردهای مثبت و هم منفی، علاقمند هستیم. همچنین اگر مواردی وجود دارد که تحت پوشش این پرسشنامه نیست و احساس می کنید باید باشد، لطفاً آنها را در اینجا بنویسید. از صرف زمان و همکاری شما در تکمیل این پرسشنامه متشکریم.

از اینکه برای پاسخگویی به این سالات وقت گذاشتید متشکریم!



FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

Date of Survey Administration:

County Reporting Unit (optional):

--	--

0	5	/			/	2	0	2	4
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

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

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

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

Must be entered on EVERY page

16279

