



- Իսնդրում ենք օգնել մեր գործակալությանը բարելավել ծառայությունները՝ պատասխանելով մի քանի հարցի: Ձեր պատասխանները գաղտնի են և չեն ազդի Ձեր կամ Ձեր երեխայի ստացած ընթացիկ կամ հետագա ծառայությունների վրա:
- Իսնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին՝ հիմնվելով ՎԵՐՁԻՆ 6 ԿԱՄ ծառայությունները 6 ամիս չստանալու դեպքում՝ մինչ այժմ ստացված ծառայությունների վրա: Իսնդրում ենք ստորև նշված պնդումներից յուրաքանչյուրի առջև նշել նախընտրելի տարբերակը. բոլորովին համաձայն չեք, համաձայն չեք, չեք կողմնորոշվում, համաձայն եք կամ լիովին համաձայն եք: Եթե հարցը վերաբերում է մի բանի, որին Դուք կամ Ձեր երեխան չեք առնչվել, ընտրեք Կիրառելի չէ տարբերակը նշելով, որ այն Ձեզ չի վերաբերում:

Իշտ է Միսալ է	● ⊙ ⊗ ⊙	Բոլորովին համաձայն չեմ	Համաձայն չեմ	Չեզոք	Համաձայն եմ	Լիովին համաձայն եմ	Կիրառելի չէ
• Իսնդրում ենք ամբողջովին ներկել շրջանակը:							
1. Ընդհանուր առմամբ, ես գոհ եմ իմ երեխայի ստացած ծառայություններից:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ես օգնել եմ ընտրել իմ երեխայի ծառայությունները:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ես օգնել եմ ընտրել իմ երեխայի բուժման նպատակները:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Մարդիկ, ովքեր օգնում են իմ երեխային, անկախ ամեն ինչից շփվում են մեզ հետ:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ես գգում էի, որ իմ երեխան ինչ-որ մեկի հետ կարող է խոսել, երբ նա անհանգստացած է:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ես մասնակցել եմ իմ երեխայի բուժմանը:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Իմ երեխայի և/կամ ընտանիքի ստացած ծառայությունները տեղին են եղել:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ծառայությունների մատուցման վայրը մեզ հարմար էր:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ծառայությունները հասանելի են եղել այն ժամանակ, երբ մեզ հարմար է եղել:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Իմ ընտանիքը ստացավ այն օգնությունը, որը մենք ցանկանում էինք իմ երեխայի համար:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Իմ ընտանիքը ստացավ այնքան օգնություն, որքան մեզ անհրաժեշտ էր իմ երեխայի համար:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Անձնակազմն ինձ հարգանքով է վերաբերվել:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Անձնակազմը հարգել է իմ ընտանիքի կրոնական/հոգևոր համոզմունքները:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Անձնակազմը ինձ հետ խոսել է հասկանալի ձևով:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Անձնակազմը հարգանքով է մոտեցել իմ մշակութային/էթնիկական ծագմանը:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Որպես իմ երեխայի և/կամ իմ ընտանիքի ստացած ծառայությունների անմիջական արդյունք.

16. Իմ երեխան ավելի լավ է վարում առօրյա կյանքը:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Իմ երեխան ավելի լավ է շփվում ընտանիքի անդամների հետ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Իմ երեխան ավելի լավ է շփվում ընկերների և այլ մարդկանց հետ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Իմ երեխան ավելի լավ է աշխատում դպրոցում և/կամ աշխատանքում:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Իմ երեխան ավելի լավ է կարողանում հաղթահարել դժվարությունները:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ես գոհ եմ մեր ընտանեկան կյանքից ներկա պահին:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Իմ երեխան ավելի լավ է կարողանում անել այն, ինչ նա ցանկանում է անել:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Հաջորդող չորս հարցերում խնդրում ենք պատասխանել Ձեր հոգևոր առողջության մատակարար(ներ)ից բացի այլ անձանց հետ հարաբերությունների վերաբերյալ:

Որպես իմ երեխայի և/կամ իմ ընտանիքի ստացած ծառայությունների անմիջական արդյունք.

23. Ես գիտեմ մարդկանց, ովքեր կլսեն և կհասկանան ինձ, երբ ես խոսելու կարիք ունենամ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Կան մարդիկ, ում հետ ես հաճելիորեն խոսում եմ իմ երեխայի խնդրի(խնդիրների) մասին:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ճզնաժամի պայմաններում ես կունենամ այն աջակցությունը, որն ինձ անհրաժեշտ է ընտանիքից կամ ընկերներից:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Ես ունեմ մարդիկ, որոնց հետ ես կարող եմ հաճելի գործով զբաղվել:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

37538

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

DHCS 1744 AR

Must be entered on EVERY page



27. Ո՞րն է եղել վերջին 6 ամիսների ընթացքում Ձեր և Ձեր երեխայի ստացած ծառայությունների հետ կապված ամենաօգտակար բանը: Ի՞նչը կբարելավեր ծառայություններն այստեղ: Իսնդրում ենք տրամադրել մեկնաբանություններն այստեղ: Մեզ հետաքրքրում են ինչպես դրական, այնպես էլ բացասական արձագանքները:

Իսնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին, որպեսզի տեղեկացնեք, թե ինչպես է Ձեր երեխան:

1. Ձեր երեխան այժմ ապրում է Ձեզ հետ: Այո Ոչ
2. Ձեր երեխան վերջին 6 ամիսների ընթացքում ապրե՞լ է հետևյալ վայրերից որևէ մեկում.
Իսնդրում ենք նշել բոլոր կիրառելի տարբերակները

<input type="radio"/> Մեկ կամ երկու ծնողների հետ	<input type="radio"/> Բնակելի բուժման կենտրոնում
<input type="radio"/> Ընտանիքի մեկ այլ անդամի հետ	<input type="radio"/> Հիվանդանոցում
<input type="radio"/> Ինամատար ընտանիքում	<input type="radio"/> Տեղական բանտում կամ կալանավայրում
<input type="radio"/> Թերապևտիկ խնամատար ընտանիքում	<input type="radio"/> Պետական ուղղիչ հիմնարկում
<input type="radio"/> Ճգնաժամային ապաստանում	<input type="radio"/> Փախել եք/անօթևան եք եղել/ապրել եք փողոցում
<input type="radio"/> Անօթևանների կացարանում	<input type="radio"/> Այլ
<input type="radio"/> Իմբային տանը	
3. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում Ձեր երեխան այցելե՞լ է բժշկի (կամ բուժքրոջ) բուժզննում անցնելու համար կամ հիվանդ լինելու պատճառով:

<input type="radio"/> Այո, կլինիկայում կամ գրասենյակում
<input type="radio"/> Այո, բայց միայն հիվանդանոցում կամ շտապ օգնության ընդունարանում
<input type="radio"/> Ոչ
<input type="radio"/> Չեմ հիշում
4. Ձեր երեխան ընդունո՞ւմ է դեղամիջոցներ էմոցիոնալ/վարքային խնդիրների համար: Այո Ոչ
 - 4a. *Եթե այո, բժիշկն ու բուժքույրը Ձեզ և/կամ Ձեր երեխային ասել են, թե ի՞նչ կորմնակի ազդեցությունների է պետք ուշադրություն դարձնել:* Այո Ոչ

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page





37538



5. Մոտավորապես, որքա՞ն ժամանակ է Ձեր երեխան ստացել ծառայություններ այստեղ:

- Սա իմ երեխայի առաջին այցն է այստեղ:
- Իմ երեխան մեկից ավելի այցեր է ունեցել, բայց մեկ ամսից պակաս ծառայություններ է ստացել:
- 1-2 ամիս
- 3-5 ամիս
- 6 ամսից 1 տարի
- Ավելի քան 1 տարի

ԻՆՏԵՐՎՅՈՒ ՄԵՆՔ ՎԵՐԱՍՈՒՄԻ ԿԱՐԳԵՐԻՆ, ԵՔԵ ՁԵՐ ԵՐԵՒՅԱՆ ԱՍՏԱԳԵԼ Է ԻՈՂԵԿԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ  ՄԵԿ ՏԱՐԻ ԿԵՄ ՊԵՎԵՍ	ԻՆՏԵՐՎՅՈՒ ՄԵՆՔ ՎԵՐԱՍՈՒՄԻ ԿԱՐԳԵՐԻՆ, ԵՔԵ ՁԵՐ ԵՐԵՒՅԱՆ ԱՍՏԱԳԵԼ Է ԻՈՂԵԿԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ  ՄԵԿ ՏԱՐՈՒՑ ԱՎԵԼԻ
<p>6. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է այն պահից ի վեր, երբ ստացել է հոգեկան առողջության ծառայություն: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>7. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>8. Հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալուց ի վեր Ձեր երեխայի հանդիպումները ուստիկանների հետ ... <input type="radio"/> նվազել են <i>օրինակ, նրանք չեն ձերբակալվել, ուստիկանության կողմից հետապնդվել, ուստիկանության կողմից տարվել սպաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն)</i> <input type="radio"/> Նույնն են մնացել <input type="radio"/> Ավելացել են <input type="radio"/> Կիրառելի չէ <i>նրանք այս տարի կամ անցյալ տարի ուստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեն ունեցել</i></p> <p>9. Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է ծառայությունների ստացման պահից ի վեր: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>10. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>11. Ծառայություններ ստանալուց ի վեր, իմ երեխան դպրոցում է եղել մի քանի օր. <input type="radio"/> Ավելի շատ <input type="radio"/> Մոտավորապես նույնը <input type="radio"/> Ավելի քիչ <input type="radio"/> Չի վերաբերվում → <i>Ինտերվյու մենք նշել, թե ինչու տվյալ կետը կիրառելի չէ</i> <input type="radio"/> Ծառայությունները սկսելուց ի վեր երեխան հաճախելու խնդիր չի ունեցել <input type="radio"/> Երեխան դպրոցական տարիքից շատ փոքր է <input type="radio"/> Երեխային հեռացրել են դպրոցից <input type="radio"/> Երեխան կրթություն է ստանում տանը <input type="radio"/> Երեխան դուրս է եկել դպրոցից <input type="radio"/> Այլ</p>	<p>12. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է վերջին 12 ամիսների ընթացքում: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>13. Ձեր երեխան ձերբակալվե՞լ է դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>14. Անցյալ տարվա ընթացքում Ձեր երեխան հանդիպումներ ունեցել է ուստիկանության հետ ... <input type="radio"/> նվազել են <i>օրինակ, նրանք չեն ձերբակալվել, ուստիկանության կողմից հետապնդվել, ուստիկանության կողմից տարվել սպաստարան կամ ճգնաժամային կենտրոն)</i> <input type="radio"/> Նույնն են մնացել <input type="radio"/> Ավելացել են <input type="radio"/> Կիրառելի չէ <i>նրանք այս տարի կամ անցյալ տարի ուստիկանության հետ ոչ մի հանդիպում չեն ունեցել</i></p> <p>15. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>16. Դրանից առաջ 12 ամիսների ընթացքում Ձեր երեխան արտաքսվել կամ խափանվե՞լ է: <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ</p> <p>17. Անցած մեկ տարվա ընթացքում իմ երեխան դպրոցում էր մի քանի օր. <input type="radio"/> Ավելի շատ <input type="radio"/> Մոտավորապես նույնը <input type="radio"/> Ավելի քիչ <input type="radio"/> Չի վերաբերվում → <i>Ինտերվյու մենք նշել, թե ինչու տվյալ կետը կիրառելի չէ</i> <input type="radio"/> Ծառայությունները սկսելուց ի վեր երեխան հաճախելու խնդիր չի ունեցել <input type="radio"/> Երեխան դպրոցական տարիքից շատ փոքր է <input type="radio"/> Երեխային հեռացրել են դպրոցից <input type="radio"/> Երեխան կրթություն է ստանում տանը <input type="radio"/> Երեխան դուրս է եկել դպրոցից <input type="radio"/> Այլ</p>

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



Խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին, որպեսզի մի փոքր տեղեկացնեք Ձեր երեխայի մասին:

18. Որն է ձեր երեխայի սեռը? Արական Իգական
19. Երեխայի ծնողներից մեկը մեքսիկական/իսպանական/լատինական ծագում ունի? Այո Ոչ Անհայտ
20. Ո՞րն է Ձեր երեխայի ռասան:
Խնդրում ենք նշել բոլոր կիրառելի տարբերակները
- Ամերիկյան հնդկացի/ բնիկ այսասկացի Սպիտակամորթ/ կովկասցի
 Ասիացի Այլ ռասա
 Մևսամորթ/աֆրոամերիկացի Հայտնի չէ
 Բնիկ ամերիկացի/այլ խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնակիչ
21. Ո՞րն է Ձեր երեխայի ծննդյան ամսաթիվը:
- | | | | | |
|-------------|---|-----------|---|--------------|
| <i>ամիս</i> | - | <i>օր</i> | - | <i>տարին</i> |
| | | | | |
22. Ձեր երեխան ունի՞ Medi-Cal (Medicaid) ապահովագրություն: Այո Ոչ
23. Արդյո՞ք Ձեր երեխայի գրավոր փաստաթղթերը և/կամ ծառայությունները նրան տրամադրվել են նրա նախընտրած լեզվով: Այո Ոչ
օրինակ՝ հասանելի ծառայությունները, Ձեր իրավունքները որպես պաշտոյ և հոգեկան առողջության ռատցման նյութերը պարունակող գրքույկները

24. Դիտարկելով Ձեր երեխային մատուցված ծառայությունները, դրանց ո՞ր մասն է նա ստացել հեռահար առողջապահական կապի միջոցով: հեռախոսով կամ տեսազանգով

Ոչ մեկը Շատ քիչ Մոտավորապես կեսը Գրեթե բոլորը Բոլորը

25. Ձեր երեխայի համար ինչքանո՞վ եք արդյունավետ համարում հեռահար առողջապահական այցելությունները անմիջական այցելությունների համեմատ:

Շատ ավելի վատ Ավելի շուտ վատ Մոտավորապես նույնը Ավելի շուտ լավ Շատ ավելի լավ
 Կիրառելի չէ

26. Ես կցանկանայի այս ծրագրի շրջանակներում երեխայիս համար ստանալ հոգեկան առողջության ավելի շատ

Բոլորովին համաձայն չեմ Համաձայն չեմ Չեզոք Համաձայն եմ Լիովին համաձայն եմ
 Կիրառելի չէ



Շնորհակալություն այս հարցին պատասխանելու համար ժամանակ տրամադրելու համար:

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:	Date of Survey Administration:	County Reporting Unit:
	0	2
	5	0
		2
		6

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

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

