



● لطفاً با پاسخ دادن به چند سؤال، به ارائه بهتر خدمات از طرف مرکز ما کمک کنید. پاسخ‌های شما محرمانه است و بر خدمات فعلی یا آینده ارائه شده به شما یا فرزندان تأثیر نمی‌گذارد. برای هر یک از موارد در نظر سنجی زیر، لطفاً دایره‌ای را که مطابق با انتخاب شماست پر کنید.

● لطفاً به سؤالات زیر براساس خدمات ۶ ماه اخیر پاسخ دهید یا اگر خدماتی در طی این ۶ ماه دریافت نکرده‌اید، بر اساس خدماتی که تاکنون دریافت کرده‌اید پاسخ دهید. مشخص کنید که آیا با هر یک از عبارات زیر به شدت مخالف هستید، مخالف هستید، نظری ندارید، موافق هستید یا به شدت موافق هستید. اگر سؤال در مورد چیزی است که شما یا فرزندان تجربه نکرده اید، «مصدق ندارد» را انتخاب کنید تا نشان دهید این مورد برای شما صدق نمی‌کند.

مصدق ندارد	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم	<input type="radio"/> صحیح است <input checked="" type="radio"/> صحیح <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. در کل، من از خدمات دریافت شده توسط فرزندم راضی هستم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. به من در انتخاب خدمات برای فرزندم کمک شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. به من در انتخاب اهداف درمانی فرزندم کمک شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. کسانی که به فرزند من کمک می‌کنند مجبورند با ما سر و کار داشته باشند و مهم نیست که چه می‌شود.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. احساس کردم وقتی فرزندم مشکلی دارد، کسی هست که با او صحبت کند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. من در معالجه فرزندم مشارکت کردم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. خدماتی که فرزندم و / یا خانواده‌ام دریافت کردند برای ما مناسب بود.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. مکان ارائه خدمات برای ما راحت بود.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. خدمات در زمان‌های مناسب برای ما در دسترس بودند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. کمک‌هایی که برای فرزندم می‌خواستیم به خانواده من ارائه شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. همان مقدار کمکی که برای فرزندم می‌خواستیم به خانواده من ارائه شد.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. کارکنان با احترام با من رفتار می‌کردند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. کارکنان به اعتقادات مذهبی / معنوی خانواده من احترام می‌گذاشتند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. کارکنان با من به شکلی صحبت می‌کردند که می‌فهمیدم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. کارکنان به پیشنهاد فرهنگ / قومی من حساس بودند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>نتیجه مستقیم خدماتی که فرزندم و / یا خانواده من دریافت کردند</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. فرزند من در اداره زندگی روزمره بهتر شده است.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. سازگاری فرزند من با اعضای خانواده بهتر شده است.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. سازگاری فرزند من با دوستان و افراد دیگر بهتر شده است.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. عملکرد فرزند من در مدرسه و / یا محل کار بهتر شده است.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. فرزندم بهتر می‌تواند با مشکلاتی که با آنها مواجه می‌شود، کنار بیاید.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. من الان از زندگی خانوادگی خودم راضی هستم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. فرزند من بهتر قادر به انجام کارهایی است که قصد انجام آنها را دارد.

چهار سؤال بعدی در خصوص روابط با افرادی است که خدمات بهداشت روان به شما ارائه نداده‌اند. نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت کردیم:

**نتیجه مستقیم خدماتی که فرزندم و / یا خانواده من دریافت کردند**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. افرادی را می‌شناسم که وقتی نیاز به صحبت کردن دارم، به من گوش می‌دهند و مرا درک می‌کنند.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24. افرادی را دارم که راحت درباره مشکل (مشکلات) فرزندم با آنها صحبت می‌کنم.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. در صورت بروز بحران، از طرف خانواده یا دوستان پشتیبانی لازم را خواهم داشت.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. افرادی دارم که می‌توانم کارهای لذتبخش را با آنها انجام دهم.

27. فیدترین مورد در خصوص خدماتی که شما و فرزندان در طی ۶ ماه گذشته دریافت کرده‌اید چیست؟ چه چیزی باعث بهبود خدمات این مرکز می‌شود؟ لطفاً نظرات خود را در اینجا بنویسید. ما هم به بازخوردهای مثبت و هم منفی، علاقمند هستیم.

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



# لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید تا بدانیم که حال فرزند شما چگونه است

1. آیا فرزند شما در حال حاضر با شما زندگی می‌کند؟  بله  نه
2. آیا فرزند شما در 6 ماه گذشته در یکی از مناطق زیر زندگی کرده است؟  
لطفاً همه موارد مرتبط را علامت بزنید
- با یکی از والدین یا هر دو  پناهگاه افراد بی‌خانمان  
 با یکی دیگر از اعضای خانواده  خانه گروهی  
 پرورشگاه  کمپ درمان  
 پرورشگاه درمانی  بیمارستان  
 پناهگاه افراد بحران‌زده  زندان محلی یا بازداشتگاه
3. آیا در سال گذشته فرزند شما برای معاینه درمانی یا به دلیل بیماری به پزشک معالج (یا پرستار) مراجعه کرده است؟  
 بله، در کلینیک یا مطب  بله، اما فقط در بیمارستان یا اتاق اورژانس  نه  بخاطر ندارم
4. آیا فرزند شما برای مشکلات عاطفی / رفتاری از دارو استفاده می‌کند؟  بله  نه
- 4a. اگر بله، آیا پزشک یا پرستار به شما و / یا فرزندتان گفته که این دارو چه عوارض جانبی دارد که باید به آن توجه کرد؟  بله  نه

5. تقریباً چه مدت است که فرزند شما از اینجا خدمات دریافت می‌کند؟
- اولین بار است که فرزند من به اینجا مراجعه می‌کند  یک تا دو ماه  
 فرزند من بیش از یک بار به اینجا مراجعه کرده اما کمتر از یک ماه خدمات دریافت کرده است.  سه تا پنج ماه  
 شش ماه تا یکسال  بیش از 1 سال

اگر فرزند شما خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده است، لطفاً به پرسش‌های 12 تا 17 پاسخ دهید **بیشتر از یک سال**

اگر فرزند شما خدمات بهداشت روانی را برای موارد زیر دریافت کرده است، لطفاً به پرسش‌های 6 تا 11 پاسخ دهید **یک سال یا کمتر**

12. آیا فرزند شما در طی 12 ماه گذشته دستگیر شده  بله  نه است؟

6. آیا فرزند شما از زمان شروع دریافت خدمات بهداشت روان، دستگیر شده است؟  بله  نه

13. آیا فرزند شما در طی 12 ماه قبل از دریافت خدمات بهداشت روان، دستگیر شده است؟  بله  نه

7. آیا فرزند شما در طی 12 ماه قبل از دریافت خدمات بهداشت روان، دستگیر شده است؟  بله  نه

14. طی یک سال گذشته، برخوردهایی که فرزندتان با پلیس داشته است...  
 کاهش یافته است

8. از زمانی که فرزند شما خدمات بهداشت روان دریافت می‌کند برخوردهایی که با پلیس رخ داده است...  
 کاهش یافته است

به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اند، پلیس به آنها گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌اند  
 ثابت مانده است  
 افزایش یافته است  
 مصداق ندارد

به عنوان مثال، دستگیر نشده‌اند، پلیس به آنها گیر نداده است توسط پلیس به پناهگاه یا مرکز کنترل بحران منتقل نشده‌اند  
 ثابت مانده است  
 افزایش یافته است  
 مصداق ندارد

آنها امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اند

آنها امسال یا سال گذشته هیچ برخوردی با پلیس نداشته‌اند

15. آیا فرزند شما در طی 12 ماه قبل از جایی اخراج شده  بله  نه یا به حالت تعلیق درآمده است؟

9. آیا فرزند شما از ابتدای دریافت خدمات، از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده است؟  بله  نه

16. آیا فرزند شما در طی 12 ماه قبل از دریافت خدمات، از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده است؟  بله  نه

10. آیا فرزند شما در طی 12 ماه قبل از دریافت خدمات، از جایی اخراج شده یا به حالت تعلیق درآمده است؟  بله  نه

17. طی یک سال گذشته، تعداد روزهایی که فرزند من در مدرسه بوده است:  
 بیشتر  همین حدود  کمتر

11. از زمان شروع دریافت خدمات، تعداد روزهایی که فرزند من در مدرسه حضور داشته است:  
 بیشتر  همین حدود  کمتر

مرتبط نیست ← لطفاً دلیل «نامرتب» بودن [این گزینه] را انتخاب کنید  
 فرزند من قبل از شروع دریافت خدمات، از نظر حضور در مدرسه مشکلی نداشت

مرتبط نیست ← لطفاً دلیل «نامرتب» بودن [این گزینه] را انتخاب کنید  
 فرزند من قبل از شروع دریافت خدمات، از نظر حضور در مدرسه مشکلی نداشت

- فرزند خیلی کوچک است و به مدرسه نمی‌رود  
 فرزند از مدرسه اخراج شده است  
 فرزند در خانه تحصیل کرده است  
 فرزند ترک تحصیل کرده است  
 سایر موارد

- فرزند خیلی کوچک است و به مدرسه نمی‌رود  
 فرزند از مدرسه اخراج شده است  
 فرزند در خانه تحصیل کرده است  
 فرزند ترک تحصیل کرده است  
 سایر موارد

\* CSI County Client Number

6757

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید تا کمی درباره فرزندان بیشتر بدانیم

18. جنس فرزند شما چیست؟  مرد  زن
19. آیا یکی از والدین فرزند، اصالت مکزیکی / اسپانیایی / لاتین دارند؟  بله  نه  ناشناخته
20. نژاد فرزند شما چیست؟  سرخپوست / بومی آلاسکا  سفیدپوست / قفقازی  
 لطفاً همه موارد مرتبط را علامت  آسیایی  نژاد دیگر  
 بزنید  سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی  ناشناخته  
 بومی آمریکا / سایر ساکنین جزایر اقیانوس آرام
21. تاریخ تولد فرزند شما چه زمانی است؟  
 روز   ماه   سال
22. آیا فرزند شما بیمه «برنامه کمک پزشکی کالیفرنیا» (مدیکید) دارد؟  بله  نه
23. آیا اسناد کتبی و یا خدماتی که فرزند شما دریافت کرده است، به زبانی دلخواه وی 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



24. در حال حاضر که در مورد خدمات دریافتی فرزند خود فکر می کنید، چه میزانی از آن از طریق درمان از راه دور بوده است؟  
 از طریق تلفن یا کنفرانس ویدیویی  خیلی کم  تقریباً نصف آن  تقریباً تمام آن  تمام آن  هیچ
25. درمان از راه دور در مقایسه با مراجعات معمول حضوری چقدر مفید بوده است؟  
 خیلی بدتر  تا حدی بدتر  تقریباً مشابه  تا حدی بهتر  خیلی بهتر  مصداق ندارد
26. ترجیح می دهم که بیشتر درمان های بهداشت روانی فرزندم در این برنامه را از طریق درمان از راه دور دریافت کنم.  
 کاملاً مخالفم  مخالفم  بی طرف  موافقم  کاملاً موافقم  مصداق ندارد

از اینکه برای پاسخگویی به این سؤالات وقت گذاشتید متشکریم!



FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

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

Date of Survey Administration:

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

County Reporting Unit:

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

6757



\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*