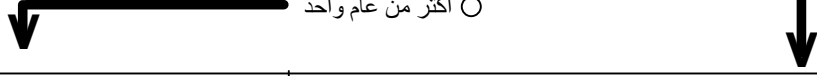


يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لتعلمنا حالك

1. قريباً، كم مضى على تلقيك الخدمات هنا؟

- هذه زيارتي الأولى هنا
 لقد قمت بأكثر من زيارة واحدة ولكنني تلقيت الخدمات لأقل من شهر
 شهر 1-2
 شهر 3-5
 شهر إلى عام واحد 6
 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
5. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 الأخيرة؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا 6. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا 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	2. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا 3. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا 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

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية للسماح لنا بمعرفة بعض الأمور عنك

8. ما هو جنسك؟ ذكر أنثى

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

10. ما عرقك؟ هندي أميركي/سكان ألاسكا الأصليين أبيض/قوقازي
 آسيوي عرق آخر
 أسود/أميركي أفريقي غير معروف
 من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

11. ما تاريخ ميلادك؟
 يوم - شهر - سنة

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

13. 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

14. 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

15. 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

16. رجي إدراج التعليقات هنا و/أو على ظهر هذا النموذج إن احتجت. إننا مهتمون بأرائك السلبية والإيجابية. كما نرجو منك أن تدون هنا أي مجالات أخرى لم يتم تغطيتها في هذا الاستبيان والتي تشعر أنه قد كان لا بد من ذكرها. شكراً لك على وقتك وتعاونك في تعبئة هذا الاستبيان.

نشكرك على الوقت الذي استغرقته للإجابة على هذه الأسئلة!

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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Must be entered on EVERY page

3737

