

- نرجو مساعدة وكالتنا على تسخين خدماتها من خلال الإجابة على بعض الأسئلة. ستكون إجاباتك سرية، ولن تؤثر على الخدمات الحالية أو المستقبلية التي نتلقاها.
- رجي الإجابة على الأسئلة التالية بناءً على آخر 6 أشهر، أو إذا لم تتلق أي خدمات لمدة 6 أشهر، فما عليك سوى تقديم إجابات بناءً على الخدمات التي تلقيتها حتى الآن. يرجى تحديد ما إذا كنت موافقاً بشدة أو موافقاً أو متردداً أو غير موافق أو لا توافق بتاتا على كل من العبارات أدناه حدد "" غير قابل للتطبيق" إذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تجربيه.

- يرجى ملء الدائرة بالكامل
- ☐ صحيح
☒ غير صحيح

غير صحيح ❸ ❷ ❹						موافق بشدة						أوافق						أنا محايد						لا أوافق						لا أوافق بشدة						غير قابل للتطبيق					
1. تعجبني الخدمات التي تلقيتها هنا. 2. إن كان لدي خيارات أخرى، سأظل أفضل الحصول على الخدمات من هذه الوكالة. 3. سأوصي بهذه الوكالة إلى صديق أو أحد أفراد الأسرة 4. كان موقع الخدمات ملائمًا. 5. كان طاقم العمل مستعدًا لمقابلتي كلما شعرت بالحاجة إلى ذلك. 6. رد طاقم العمل على مكالماتي خلال 24 ساعة. 7. كانت الخدمات متاحة في أوقات كانت مناسبة لي. 8. كنت أستطيع الحصول على كافة الخدمات التي ظننت أنني أحتاجها.						9. كنت قادرًا على رؤية الطبيب النفسي حين رغبت في ذلك.						10. يعتقد طاقم العمل هنا أنني أستطيع أن أشتد وأتغير وأتعافى.						11. شعرت بالراحة في طرح الأسئلة المتعلقة بعلاجي ودوائي.						12. شعرت بالراحة في التعبير عن شكواي.																	
						13. لقد تم منحني معلومات حول حقوقي.						14. شجعتني طاقم العمل على تحمل مسؤولية كيفية عيشي لحياتي.						15. أخبرني طاقم العمل بشأن الآثار الجانبية التي ينبغي علي الانتباه لها.						16. احترم طاقم العمل رغباتي حول من يمكنه أو لا يمكنه الحصول على.																	
						17. أنا، وليس طاقم العمل، من قرر أهداف علاجي.						18. أبدى طاقم العمل مراعاة لخلفيتي الثقافية.						19. العرق، الدين، اللغة، إلخ						20. ساعدني طاقم العمل في الحصول على المعلومات التي احتجتها بحيث يمكنني تحمل مسؤولية التحكم في مرضي.																	
						21. لقد تم تشجيعي على استخدام البرامج التي يديرها المستهلك.						22. مجموعات الدعم، مراكز المساعدة، خطوط هاتف الأزمات، إلخ																													
كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها 21. أتعامل بفعالية أكبر مع مشاكل اليومية. 22. أتمتع بقدرة أفضل على التحكم في حياتي. 23. أتمتع بقدرة أفضل على التعامل مع الأزمات. 24. أصبحت علاقتي أفضل بأسرتي. 25. أصبحت أفضل أداءً في المواقف الاجتماعية. 26. تحسن إنجازي في المدرسة و/أو العمل. 27. تحسن وضعي المنزلي. 28. ما عادت أعرضني بنفس القدر. 29. أقوم بأمور أكثر تعينني. 30. أصبحت قدرتي أفضل على العناية باحتياجاتي. 31. أصبحت قدرتي أفضل على معالجة الأمور حين تسوء. 32. أصبحت قدرتي أفضل على القيام بالأمور التي أود القيام بها.						21. أنا، وليس طاقم العمل، من قرر أهداف علاجي.						22. أبدى طاقم العمل مراعاة لخلفيتي الثقافية.						23. العرق، الدين، اللغة، إلخ						24. ساعدني طاقم العمل في الحصول على المعلومات التي احتجتها بحيث يمكنني تحمل مسؤولية التحكم في مرضي.																	
						25. لقد تم تشجيعي على استخدام البرامج التي يديرها المستهلك.						26. مجموعات الدعم، مراكز المساعدة، خطوط هاتف الأزمات، إلخ																													
						27. أنا، وليس طاقم العمل، من قرر أهداف علاجي.						28. أبدى طاقم العمل مراعاة لخلفيتي الثقافية.						29. العرق، الدين، اللغة، إلخ						30. ساعدني طاقم العمل في الحصول على المعلومات التي احتجتها بحيث يمكنني تحمل مسؤولية التحكم في مرضي.																	
						31. لقد تم تشجيعي على استخدام البرامج التي يديرها المستهلك.						32. مجموعات الدعم، مراكز المساعدة، خطوط هاتف الأزمات، إلخ																													
						يرجى الإجابة عنها بالنسبة لعلاقاتك مع أشخاص غير مزود/مزودي رعايتك النفسية																																			
كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها 33. أنا سعيد بصداقاتي. 34. لدي في حياتي أشخاص أشاركهم القيام بأمور ممتعة. 35. أشعر بالانتماء في مجتمعي. 36. في الأزمة، أحصل على الدعم الذي أحتاجه من الأسرة أو الأصدقاء.						33. أنا سعيد بصداقاتي.						34. لدي في حياتي أشخاص أشاركهم القيام بأمور ممتعة.						35. أشعر بالانتماء في مجتمعي.						36. في الأزمة، أحصل على الدعم الذي أحتاجه من الأسرة أو الأصدقاء.																	

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لتعلمنا بحالك

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
<p>5. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 الأخيرة؟</p> <p> <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا </p> <p>6. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟</p> <p> <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا </p> <p>7. على مدى العام الماضي، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة...</p> <p> <input type="radio"/> أقل <input type="radio"/> 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 </p>	<p>2. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية؟</p> <p> <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا </p> <p>3. هل تم اعتقالك خلال الشهور الـ 12 قبل ذلك؟</p> <p> <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا </p> <p>4. نذا أن بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة...</p> <p> <input type="radio"/> أقل <input type="radio"/> 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 </p>

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

28790



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية للسماح لنا بمعرفة بعض الأمور عنك

8. ما جنسك؟
 قبطني ام لك ديدحتي جري
 ذكر ☐ أنثى ☐
 متحول جنسيا: أنثى إلى ذكر ☐ متحول جنسيا: ذكر إلى أنثى ☐ هوية جندرية أخرى ☐

9. هل تفكر في نفسك على النحو القبطني ام لك ديدحتي جري :
 مستقيم/محب للجنس الآخر ☐ لوطي أو سحاقية ☐ مزدوج الميلول الجنسية ☐
 متوجه جنسي آخر ☐ غير معروف ☐ أفضل عدم الإجابة ☐

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

11. ما عرقك؟
 قبطني ام لك ديدحتي جري
 هندي أميركي/سكان ألاسكا الأصليين ☐ آسيوي ☐ أسود/أميركي أفريقي ☐ من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى ☐
 أبيض/قوقازي ☐ عرق آخر ☐ غير معروف ☐

12. ما تاريخ ميلادك؟
 يوم شهر سنة
 [] [] - [] [] - [] [] [] []

13. هل تسم 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

14. 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 ☐

15. 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 ☐

16. 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 ☐

17. رجي إدراج التعليقات هنا و/أو على ظهر هذا النموذج إن احتجت. إننا مهتمون بأرائك السلبية والإيجابية. كما نرجو منك أن تدوّن 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 استغرقتة للإجابة على هذه الأسئلة!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

0	5
---	---

--	--

2	0	2	5
---	---	---	---

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

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

Must be entered on EVERY page

28790

