

Print PDF as needed.

***Do not photocopy!***

***County / Provider  
Use Only***

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

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

[illegible]

Treatment Setting: ☐ OP/IOP ☐ Residential ☐ OTP/NTP ☐ Detox/WM (standalone) ☐ Partial hospitalization

- Մեր ծառայությունները բարելավելու համար խնդրում ենք պատասխանել ծրագրի վերաբերյալ մի քանի հարցի: Այն հարցերին, որոնց հետ չեք առնչվել, պատասխանեք՝ «Դժվարանում եմ պատասխանել»:  
Հարցման պատասխանների արդյունքները գաղտնի են և չեն անդրադառնա ընթացիկ կամ հետագա ծառ:

- Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել շրջանակը:



h2un t ●

## Միավոր



⊗

④

Կտրականապես համաձայն

Համաձայն են

For O'Leary [15]

no distribution

Համաձայն էմ

Ուժգին անհամաձայն եմ

## Չի Վերադառնալ

1. Սպասարկման վայրը հարմար էր ինձ համար:
2. Սպասարկությունները առաջարկվում էին ինձ հարմար ժամերին:
3. Ես լավ փորձառություն եմ ունեցել բուժման առձանագրվելիս:
4. Իմ խորհրդատուն և ես միասին աշխատեցինք բուժման նպատակետերի մասին:
5. Ես սպասարկություններ եմ ստացել որոնք ճիշդ էին ինձ համար:
6. Աշխատակազմը ինձ հետ վերաբերվում էր հարգանքով:
7. Ես զգում եմ որ իմ խորհրդատուն ժամանակ հատկացրեց լսելու թե ինչ եմ ասում:
8. Ես մշակեցի դրական, վստահելի հարաբերություն իմ խորհրդատուի հետ:
9. Աշխատակազմն զգայուն էր իմ մշակույթի (ռասայի, կրոնի, լեզվի, եւ այլն) նկատմամբ:
10. Ես զգում եմ որ իմ խորհրդատուն անկեղծորեն հետաքրքրված էր ինձանով և հասկանում էր ինձ:
11. Ես այստեղի իմ խորհրդատուին հավանել եմ:
12. Իմ խորհրդատուն կարողությունը ունի ինձ օգնելու:
13. Այստեղի աշխատակազմը վստահեցնում է, որ իմ առողջական և հոգեկան կարիքները բավարարվեն (Ֆիզիքական ստուգումներ, հոգեկան ընկճվածություն, և այլն):
14. Այստեղի աշխատակազմը օգնել է ինձ այլ հարցերով և մտահոգություններով որոնք ունեցել եմ, առնչված օրենքի/փորձաշրջանի (փորբեշնի), ընտանիքի և ուսումնական ծրագրերի կապակցությամբ:
15. Իմ խորհրդատուն անհրաժեշտ սպասարկություններ տրամադրել է իմ քնտանիքին:
16. Իմ ստացած սպասարկությունների պատճառով, ավելի լավ կարող եմ իմ ուզածը անել:
17. Ինձ մատուցված ծառայությունների արդյունքում ավելի քիչ եմ հակված թմրանյութեր և ալկոհոլ օգտագործելուն:
18. Ընդհանուր առմամբ ես գոհ եմ ստացած ծառայություններից:
19. Ես խորհուրդ կտամ որևէ ընկերոջ գործածել այս օգնությունը, եթե կարիք է ունենում նույնանման սպասարկության:

20. Մտաբերելով ձեր ստացած սպասարկությունները, դրանցից ո՞րքանը տեղի է ունեցել թելեհեղթի միջոցով (հեռախոսով կամ վիդեոկոնֆերանսով):
- ☐ Ոչ մեկը    ☐ Շատ քիչը    ☐ Մոտավորապես կեսը    ☐ Գրեթե բոլորը    ☐ Բոլորը
21. Ինչպանո՞վ եք արդյունավետ համարում հեռահար առողջապահական այցելությունները, անմիջական այցելությունների համեմատ:
- ☐ Շատ ավելի լավ    ☐ Ավելի լավ    ☐ Մոտավորապես նույնը    ☐ Ավելի վատ    ☐ Չի վերաբերում

22. **Խնդրեմ մեզ տվեք ձեր մեկնաբանությունները:** Այս ծրագրի ամենից օգտակարը ի՞նչն է եղել: Այս ծրագրի ի՞նչը կը փոխեր: *Խնդրեմ չտաք որևէ տեղեկություն՝ որը կը բացահայտի ձեր ինքնությունը: Օրինակ, ՉԳԼԵԾ ձեր անունը կամ հեռախոսի համարը:*

### Հիմա՝ մի քիչ պատմեք ձեր մասին:

23. Ո՞ր սեռին եք պատկանում (Ընտրեք համապատասխան բոլոր տարրերակները):
- ☐ Արու ☐ Տրանսգենդեր՝ իգականից արական
- ☐ Էգ ☐ Տրանսգենդեր՝ արականից իգական
- ☐ Ոչ բինար (ոչ արական, ոչ իգական)
- ☐ Այլ գենդերային ինքնություն
24. Դուք Ձեզ համարում եք (ընտրեք համապատասխան տարրերակները):
- ☐ Ավանդական/Հետերոսեքսուալ ☐ Քուիր
- ☐ Գեյ կամ լեսբի ☐ Այլ սեռական կողմնորոշում
- ☐ Բինսեքսուալ ☐ Անտեղյակ
25. Մեքսիկացի՞ եք /խսպանախո՞ւ/ լատինաամերիկյան ծագո՞ւմ ունեք:
- ☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Անտեղյակ
26. Ցեղ/Էթնիկություն ( Խնդրենմ նշեք այն բոլորը որոնք ձեզ են վերաբերում):
- ☐ Ամերիկացի Հնդիկ/Ալապացի Բնիկ ☐ Սպիտակ/Եվրոպոիդ
- ☐ Ասյական ☐ Այլ ռասա
- ☐ Սեւ/Աֆրիկացի Ամերիկացի ☐ Անտեղյակ
- ☐ Բնիկ Հավայցի/Բասիֆիկի կղզիներից

27. Տարիք:

--	--

5477

**Շնորհակալ ենք, որ ժամանակ տրամադրում էք հարցերին պատասխանելու:**