

غير قابل للتطبيق	لا أوافق بشدة	لا أوافق	أنا محايد	أوافق	موافق بشدة	
<input type="radio"/>	19. ساعدني طاقم العمل في الحصول على المعلومات التي احتجتها بحيث يمكنني تحمل مسؤولية التحكم في مرضي.					
<input type="radio"/>	20. لقد تم تشجيعي على استخدام البرامج التي يديرها المستهلك، مجموعات الدعم، مراكز المساعدة، خطوط هاتف الأزمات إلخ					
<input type="radio"/>	كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها					
<input type="radio"/>	21. أتعامل بفعالية أكبر مع مشاكل اليومية.					
<input type="radio"/>	22. أتمتع بقدرة أفضل على التحكم في حياتي.					
<input type="radio"/>	23. أتمتع بقدرة أفضل على التعامل مع الأزمات.					
<input type="radio"/>	24. أصبحت علاقتي أفضل بأسرتي.					
<input type="radio"/>	25. أصبحت أفضل أداءً في المواقف الاجتماعية.					
<input type="radio"/>	26. تحسن إنجازي في المدرسة و/أو العمل.					
<input type="radio"/>	27. تحسن وضعي المنزلي.					
<input type="radio"/>	28. ما عادت أعرضي تزعجني بنفس القدر.					
<input type="radio"/>	29. أقوم بأمر أكثر تعيني.					
<input type="radio"/>	30. أصبحت قدرتي أفضل على العناية باحتياجاتي.					
<input type="radio"/>	31. أصبحت قدرتي أفضل على معالجة الأمور حين تسوء.					
<input type="radio"/>	32. أصبحت قدرتي أفضل على القيام بالأمور التي أود القيام بها.					

يرجى الإجابة عنها بالنسبة لعلاقتك مع أشخاص غير مزود/مزودي رعايتك النفسية

غير قابل للتطبيق	لا أوافق بشدة	لا أوافق	أنا محايد	أوافق	موافق بشدة	
<input type="radio"/>	كنتيجة مباشرة للخدمات التي تلقيتها					
<input type="radio"/>	33. أنا سعيد بصداقتي.					
<input type="radio"/>	34. لدي في حياتي أشخاص أشاركهم القيام بأمور ممتعة.					
<input type="radio"/>	35. أشعر بالانتماء في مجتمعي.					
<input type="radio"/>	36. في الأزمة، أحصل على الدعم الذي أحتاجه من الأسرة أو الأصدقاء.					

* CSI County Client Number

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

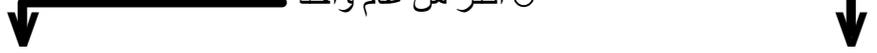
Must be entered on EVERY page



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لتعلمنا حالك

1. 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 الشهر الـ 12 نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> الأخيرة؟</p>	<p>2. هل تم اعتقالك منذ بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية؟ نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/></p>
<p>6. هل تم اعتقالك خلال الشهر الـ 12 قبل ذلك؟ نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/></p>	<p>3. هل تم اعتقالك خلال الشهر الـ 12 قبل ذلك؟ نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/></p>
<p>7. على مدى العام الماضي، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة.... <input type="radio"/> أقل</p>	<p>4. نذ أن بدأت بتلقي خدمات الصحة النفسية، هل أصبحت تعاملاتك مع الشرطة.... <input type="radio"/> أقل</p>
<p>مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقتني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة</p> <p><input type="radio"/> ظلت كما هي <input type="radio"/> زادت <input type="radio"/> غير قابل للتطبيق</p> <p>لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي</p>	<p>مثلاً، لم أتعرض للاعتقال، أو لم تضايقتني الشرطة، أو لم تصطحبني الشرطة إلى ملجأ أو برنامج أزمة</p> <p><input type="radio"/> ظلت كما هي <input type="radio"/> زادت <input type="radio"/> غير قابل للتطبيق</p> <p>لم أتعامل مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي</p>

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

45323



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
أسبوي عرق آخر
أسود/أميركي أفريقي غير معروف
من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى قبطنيدي/أمريكديديحتي جريدي

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؟

لا شيء قليل جداً حوالي النصف الكل تقريباً الكل

14. ما مدى فائدة زيارات الرعاية الصحية عن بعد مقارنة بالزيارات الحضورية التقليدية؟

أسوأ بكثير أسوأ إلى حد ما نفس الشيء تقريباً 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. يرجى إدراج التعليقات هنا و/أو على ظهر هذا النموذج إن احتجت. إننا مهتمون بآرائك 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. شكرًا 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:

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

45323

