



- Vui lòng giúp cơ quan chúng tôi cải thiện chất lượng dịch vụ bằng cách trả lời một số câu hỏi. Các câu trả lời của quý vị sẽ được bảo mật và sẽ không ảnh hưởng đến những dịch vụ hiện tại hoặc trong tương lai mà quý vị nhận được. Với mỗi câu hỏi khảo sát dưới đây, vui lòng tô vào ô tròn tương ứng với lựa chọn của quý vị.
- Vui lòng trả lời các câu hỏi sau dựa trên 6 THÁNG VỪA QUA. Hoặc nếu quý vị chưa sử dụng dịch vụ đủ 6 tháng, hãy trả lời dựa trên khoảng thời gian quý vị đã sử dụng dịch vụ cho đến nay. Vui lòng cho biết quý vị **Hoàn toàn không đồng ý, Không đồng ý, Chưa quyết định, Đồng ý hay Hoàn toàn đồng ý** với từng phát biểu sau đây. Nếu câu hỏi liên quan đến điều mà quý vị chưa từng trải qua, hãy chọn **“Không áp dụng”** để cho biết mục này không phù hợp với quý vị.

• Vui lòng tô kín ô tròn. Đúng ● Sai ○ ⊗ ⊙

	Hoàn Toàn Không Đồng Ý	Không Đồng Ý	Chưa quyết định	Đồng Ý	Hoàn Toàn Đồng Ý	Không Áp Dụng
1. Nhìn chung, tôi hài lòng với các dịch vụ mình nhận được.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tôi tham gia lựa chọn các dịch vụ mình sử dụng.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tôi tham gia lựa chọn mục tiêu điều trị của mình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Những người hỗ trợ tôi luôn đồng hành với tôi dù có chuyện gì xảy ra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Khi cảm thấy buồn phiền, tôi luôn có người để trò chuyện.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tôi tham gia vào quá trình điều trị của mình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Các dịch vụ tôi nhận được phù hợp với tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Địa điểm cung cấp dịch vụ tiện lợi cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Các dịch vụ được cung cấp vào những thời điểm thuận tiện cho tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tôi nhận được sự hỗ trợ mình mong muốn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tôi nhận được đầy đủ sự hỗ trợ mình cần.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Nhân viên đối xử với tôi một cách tôn trọng.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Nhân viên tôn trọng tôn giáo/niềm tin tâm linh của tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Nhân viên trao đổi với tôi theo cách mà tôi có thể hiểu được.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Nhân viên nhạy cảm với nền tảng văn hóa/dân tộc của tôi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kết quả trực tiếp từ các dịch vụ mà tôi nhận được:						
16. Tôi xử lý tốt hơn các công việc trong cuộc sống hàng ngày.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Tôi hòa thuận hơn với các thành viên trong gia đình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tôi hòa hợp hơn với bạn bè và những người khác.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Tôi tiến bộ hơn ở trường và/hoặc trong công việc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tôi ứng phó tốt hơn khi xảy ra điều không như ý.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Hiện tại tôi hài lòng với cuộc sống gia đình mình.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Tôi có thể thực hiện tốt hơn những điều mình muốn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Đối với các câu hỏi số 23-26, vui lòng trả lời dựa trên các mối quan hệ với những người khác ngoài những người đang cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần cho quý vị.

Kết quả trực tiếp từ các dịch vụ mà tôi nhận được:						
23. Tôi biết có người sẽ lắng nghe và thấu hiểu tôi khi tôi cần tâm sự.	<input type="radio"/>					
24. Tôi có người mà tôi cảm thấy thoải mái khi trao đổi về những vấn đề của mình.	<input type="radio"/>					
25. Khi gặp khủng hoảng, tôi sẽ nhận được sự hỗ trợ cần thiết từ gia đình hoặc bạn bè.	<input type="radio"/>					
26. Tôi có những người mà tôi có thể cùng làm những việc vui vẻ.	<input type="radio"/>					

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



27. Trong 6 tháng qua, điều hữu ích nhất từ các dịch vụ mà quý vị đã nhận được là gì? Điều gì có thể giúp cải thiện các dịch vụ tại đây? Vui lòng để lại bình luận ở đây. Chúng tôi quan tâm tới cả những phản hồi tích cực và tiêu cực.

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau để chúng tôi biết tình hình hiện tại của quý vị.

1. Trong 6 tháng qua, quý vị có sống ở bất kỳ nơi nào sau đây không?

Vui lòng chọn tất cả phương án phù hợp

- Với bố hoặc mẹ hoặc cả hai
- Với một thành viên khác trong gia đình
- Nhà chăm sóc thay thế
- Nhà chăm sóc thay thế trị liệu
- Cơ sở tạm lánh khẩn cấp
- Cơ sở tạm lánh cho người vô gia cư
- Nhà ở tập thể
- Trung tâm điều trị nội trú
- Bệnh viện
- Trại giam hoặc cơ sở giam giữ tại địa phương
- Trại cải tạo của bang
- Bỏ nhà đi/sống vô gia cư/sống lang thang ngoài đường
- Khác

2. Trong 1 năm qua, quý vị có đi khám bác sĩ (hoặc y tá) để kiểm tra sức khỏe định kỳ hoặc vì quý vị bị ốm không?

- Có, ở phòng khám hoặc văn phòng Có, nhưng chỉ ở bệnh viện hoặc phòng cấp cứu Không Không nhớ

3. Quý vị có đang dùng thuốc để điều trị các vấn đề về cảm xúc/hành vi không? Có Không

3a. Nếu có, bác sĩ hoặc y tá có dặn quý vị về những tác dụng phụ cần lưu ý không? Có Không

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



4. Ước tính quý vị đã sử dụng dịch vụ tại đây được bao lâu?

- Đây là lần đầu tiên tôi đến đây.
- Tôi đã đến đây nhiều hơn một lần nhưng sử dụng dịch vụ chưa đến một tháng.
- 1-2 Tháng
- 3-5 Tháng
- 6 tháng đến 1 năm
- Hơn 1 năm

Vui lòng chỉ trả lời các câu hỏi số 5-10 nếu quý vị đã và đang sử dụng các dịch vụ sức khỏe tâm thần trong



TỪ MỘT NĂM TRỞ XUỐNG

5. Kể từ khi bắt đầu sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần, quý vị có từng bị bắt giữ không? Có Không
6. Trong 12 tháng trước đó, quý vị có bị bắt giữ không? Có Không
7. Kể từ khi bắt đầu sử dụng các dịch vụ sức khỏe tâm thần, số lần quý vị phải làm việc với cảnh sát...
 Đã giảm xuống
Ví dụ: quý vị không bị bắt giữ, không bị cảnh sát gây phiền hà, không bị cảnh sát đưa tới cơ sở tạm lánh hoặc chương trình can thiệp khủng hoảng
 Giữ nguyên như trước
 Đã tăng lên
 Không Áp Dụng
Trong năm nay và năm ngoái, quý vị không có lần nào phải làm việc với cảnh sát
8. Kể từ khi bắt đầu dịch vụ, quý vị có từng bị đuổi học hoặc bị đình chỉ học không? Có Không
9. Trong 12 tháng trước đó, quý vị có từng bị đuổi học hoặc bị đình chỉ học không? Có Không
10. Từ khi bắt đầu sử dụng dịch vụ, số ngày quý vị đi học là:
 Nhiều hơn Tương đương Ít hơn
 Không áp dụng → *Vui lòng chọn lý do tại sao điều này không áp dụng*
 Trước khi bắt đầu sử dụng dịch vụ, tôi không gặp vấn đề về việc đi học đầy đủ ở trường
 Tôi học ở nhà
 Tôi bị đuổi học
 Tôi bỏ học
 Khác

Vui lòng chỉ trả lời các câu hỏi số 11-16 nếu quý vị đã và đang sử dụng các dịch vụ sức khỏe tâm thần trong



HƠN MỘT NĂM

11. Trong 12 tháng vừa qua, quý vị có bị bắt giữ không? Có Không
12. Trong 12 tháng trước đó, quý vị có bị bắt giữ không? Có Không
13. Trong năm vừa qua, số lần quý vị phải làm việc với cảnh sát...
 Đã giảm xuống
Ví dụ: quý vị không bị bắt giữ, không bị cảnh sát gây phiền hà, không bị cảnh sát đưa tới cơ sở tạm lánh hoặc chương trình can thiệp khủng hoảng
 Giữ nguyên như trước
 Đã tăng lên
 Không Áp Dụng
Trong năm nay và năm ngoái, quý vị không có lần nào phải làm việc với cảnh sát
14. Trong 12 tháng qua, quý vị có từng bị đuổi học hoặc bị đình chỉ học không? Có Không
15. Trong 12 tháng trước đó, quý vị có từng bị đuổi học hoặc bị đình chỉ học không? Có Không
16. Trong 1 năm qua, số ngày quý vị ở trường là:
 Nhiều hơn Tương đương Ít hơn
 Không áp dụng → *Vui lòng chọn lý do tại sao điều này không áp dụng*
 Trước khi bắt đầu sử dụng dịch vụ, tôi không gặp vấn đề về việc đi học đầy đủ ở trường
 Tôi học ở nhà
 Tôi bị đuổi học
 Tôi bỏ học
 Khác

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

21370



Vui lòng trả lời các câu hỏi sau để chúng tôi biết thêm về quý vị.

17. Giới tính của quý vị là gì? Nam giới Nữ giới
18. Quý vị có phải là người gốc Mexico/Mỹ La-tinh/La-tinh không? Có Không Không biết
19. Chủng tộc của quý vị là gì?
Vui lòng chọn tất cả phương án phù hợp
- Người Mỹ bản địa/Thổ dân Alaska Người da trắng
 Người châu Á Chủng tộc khác
 Người da đen/người Mỹ gốc Phi Không biết
 Người bản địa Hawaii/các dân tộc đảo khác ở Thái Bình Dương
20. Ngày tháng năm sinh của quý vị là gì?
- tháng ngày năm
- -
21. Quý vị có bảo hiểm y tế Medi-Cal (Medicaid) không? Có Không
22. Quý vị có nhận được các tài liệu bằng văn bản và/hoặc dịch vụ bằng ngôn ngữ ưu tiên của quý vị không?
tờ rơi giới thiệu các dịch vụ hiện có, tài liệu về quyền lợi của người sử dụng dịch vụ, tài liệu giáo dục về sức khỏe tâm thần. Có Không

23. Bây giờ, trong các dịch vụ mà quý vị đã nhận được, có bao nhiêu phần được thực hiện qua hình thức thăm khám từ xa?
qua điện thoại hoặc hội nghị qua video

Không có Rất ít Khoảng một nửa Gần như toàn bộ Toàn bộ

24. Hãy so sánh mức độ hữu ích của các buổi thăm khám từ xa cho quý vị với các buổi khám trực tiếp truyền thống.

Kém hơn rất nhiều Kém hơn phần nào Tương đương Tốt hơn phần nào Tốt hơn rất nhiều
 Không Áp Dụng

25. Tôi muốn việc điều trị sức khỏe tâm thần của mình tại chương trình này được thực hiện qua hình thức thăm khám từ xa nhiều hơn.

Hoàn Toàn Không Đồng Ý Không Đồng Ý Trung Lập Đồng Ý Hoàn Toàn Đồng Ý Không Áp Dụng



 Xin cảm ơn quý vị đã dành thời gian trả lời các câu hỏi này!

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

