

يرجى مساعدة وكالتنا على تحسين الخدمات بالرد على بعض الأسئلة. وتتمتع إجاباتك بالسرية ولن تؤثر على الخدمات الحالية أو المستقبلية.

، لكل عنصر من عناصر الاستطلاع أدناه  
يرجى ملء الدائرة التي تتوافق مع  
اختيارك.

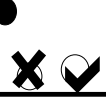
الرجاء ملء الدائرة بالكامل.

مثال :



صحيح

غير صحيح



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بناءً على الشهور الستة الأخيرة أو في حال لم تتلق خدمات منذ 6 شهور، أجب  
، "فحسب بناءً على الخدمات التي تلقيتها إلى اليوم. اختر من بين الإجابات "أوافق بشدة"، "أوافق"، "محايد"، "أعارض  
أو "أعارض بشدة" لكل من العبارات أدناه. وإن كان السؤال يتعلق بأمر لم تمر به، فاملأ دائرة الخيار "لا ينطبق  
.. للإشارة إلى أن هذا البند لا ينطبق عليك

غير قابل للتطبيق	لا أوافق بشدة	لا أوافق	أنا محايد	أوافق	موافق بشدة
------------------	---------------	----------	-----------	-------	------------

1. بشكل عام، أنا راضٍ عن الخدمات التي يتلقاها طفلي.
2. ساعدت في اختيار خدمات طفلي.
3. ساعدت في اختيار أهداف علاج طفلي.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ظل الأشخاص الذين يساعدون طفلي معنا مهما كان الأمر.
5. شعرت أن طفلي لديه شخص يتحدث إليه عندما يكون مضطرباً.
6. شاركت في علاج طفلي.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. كانت الخدمات التي تلقاها طفلي و/أو عائلتي مناسبة لنا.
8. كان موقع الخدمات مناسباً لنا.
9. كانت الخدمات متوفرة في أوقات كانت مناسبة لنا.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. حصلت عائلتي على المساعدة التي أريدها لطفلي.
11. حصلت عائلتي على المساعدة بقدر حاجة طفلي إليها.
12. تعاملتني الموظفون باحترام.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. احترم الموظفون المعتقدات الدينية / الروحية لعائلتي.
14. تحدثت معي الموظفون بطريقة فهمتها.
15. كان الموظفون مراعين لخلفيتي الثقافية / العرقية.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### نتيجة للخدمات التي تلقاها طفلي و/أو عائلتي

16. طفلي أفضل في التعامل مع الحياة اليومية.
17. يتأقلم طفلي بشكل أفضل مع أفراد العائلة.
18. يتأقلم طفلي بشكل أفضل مع الأصدقاء والأشخاص الآخرين.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. يؤدي طفلي بشكل أفضل في المدرسة و/أو العمل.
20. طفلي أفضل قدرة على التعامل عندما تسير الأمور على نحو خاطئ.
21. أشعر بالرضا عن حياتي العائلية الآن.
22. طفلي أفضل قدرة على فعل الأشياء التي يريد فعلها.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

يرجى الإجابة عن العلاقات مع الأشخاص الآخرين غير مقدم (مقدمي) خدمات الصحة النفسية نتيجة للخدمات التي تلقيتها

### نتيجة للخدمات التي تلقاها طفلي و/أو عائلتي

23. أعرف أشخاصاً سيستمعون إلي ويفهموني عندما أحتاج إلى التحدث.
24. لدي أشخاص أشعر بالراحة عند التحدث معهم حول مشكلة (مشاكلي) طفلي.
25. في حالة وقوع أزمة، سأحصل على الدعم الذي أحتاجه من العائلة أو الأصدقاء.
26. لدي أشخاص يمكنني أداء أنشطة ممتعة معهم.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



27. ما الشيء الأكثر فائدة في الخدمات التي تلقيتها أنت وطفلك خلال 6 أشهر الماضية؟

28. ما الشيء الذي يمكن أن يحسن الخدمات هنا؟

29. يرجى تقديم التعليقات هنا. نحن مهتمون بكل من الملاحظات الإيجابية والسلبية

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لتخبرنا عن حالة طفلك



1. هل يعيش طفلك حاليًا معك؟

لا  نعم

2. هل عاش طفلك في أي من الأماكن التالية خلال 6 أشهر الماضية؟

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> مع أحد الوالدين أو كليهما    | <input type="radio"/> مأوى للمشردين           | <input type="radio"/> مرفق إصلاحي حكومي              |
| <input type="radio"/> مع أحد أفراد العائلة الآخرين | <input type="radio"/> بيت جماعي               | <input type="radio"/> هارب / متشرد / يعيش في الشوارع |
| <input type="radio"/> دار رعاية                    | <input type="radio"/> مركز علاج سكني          | <input type="radio"/> غير ذلك                        |
| <input type="radio"/> دار رعاية علاجية             | <input type="radio"/> مستشفى                  |  |
| <input type="radio"/> مأوى في أوقات الأزمات        | <input type="radio"/> سجن محلي أو مرفق احتجاز |  |

3. خلال العام الماضي، هل زار طفلك طبيبًا (أو ممرضًا) لإجراء فحص طبي أو بسبب مرضه؟

نعم، في عيادة  نعم، لكن فقط في مستشفى أو غرفة طوارئ  لا  لا أتذكر

4. هل يتناول طفلك أي دواء لعلاج مشاكل عاطفية / سلوكية؟

A. إذا كانت الإجابة بنعم، فهل أخبرك الطبيب أو الممرض أنت و/أو طفلك عن الآثار الجانبية التي يجب مراقبتها؟  
نعم  لا

44954



CSI County Client Number

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

5. منذ متى تقريبًا يتلقى طفلك الخدمات هنا؟

- هذه هي الزيارة الأولى لطفلي هنا  
 أجرى لدى طفلي أكثر من زيارة ولكنه تلقى خدمات لمدة نقل عن شهر واحد  
 شهر 1-2  
 شهر 3-5  
 شهر إلى عام واحد  
 أكثر من عام واحد

تلقيت خدمات هنا لمدة عام أو أكثر



تلقيت خدمات هنا لمدة تقل عن عام واحد



12. هل ألقى القبض على طفلك خلال 12 شهرًا  
الماضية؟  لا  نعم

13. هل طرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا منذ بدء الخدمات؟  لا  نعم

14. خلال العام الماضي، هل كانت مواجهات طفلك مع الشرطة

لا ينطبق (لم تحدث له أي مواجهات مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي)

\* أقل  ظلت كما هي  زادت

\* على سبيل المثال، لم يُلقَ القبض عليه أو لم يواجه مشاحنات (مع الشرطة أو تصطحبه الشرطة إلى مأوى أو برنامج أزمات)

15. هل ألقى القبض على طفلك خلال 12 شهرًا  
الماضية؟  لا  نعم

16. هل ألقى القبض على طفلك خلال 12 شهرًا  
السابقة لذلك؟  لا  نعم

17. على مدار العام الماضي، كان عدد أيام حضور طفلي في المدرسة

لا ينطبق

أكثر  كما هي تقريبًا  أقل

إذا لم ينطبق ، يرجى تحديد لماذا لا ينطبق هذا السؤال

- لم يواجه الطفل مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات  
 طفلي أصغر من أن يلتحق بالمدرسة  
 طرد الطفل من المدرسة  
 يدرس الطفل في المنزل  
 ترك الطفل المدرسة  
 غير ذلك

6. هل ألقى القبض على طفلك منذ أن بدأ في تلقي  
خدمات الصحة النفسية؟  لا  نعم

7. هل طرد طفلك أو تم إيقافه مؤقتًا منذ بدء  
الخدمات؟  لا  نعم

8. منذ أن بدأ طفلك تلقي خدمات الصحة النفسية، هل كان المواجهات  
بينه وبين الشرطة

لا ينطبق (لم تحدث له أي مواجهات مع الشرطة هذا العام أو العام الماضي)

\* أقل  ظلت كما هي  زادت

\* على سبيل المثال، لم يُلقَ القبض عليه أو لم يواجه مشاحنات (مع الشرطة أو تصطحبه الشرطة إلى مأوى أو برنامج أزمات)

9. هل ألقى القبض على طفلك منذ أن بدأ في  
تلقي خدمات الصحة النفسية؟  لا  نعم

10. هل ألقى القبض على طفلك خلال 12 شهرًا  
السابقة لذلك؟  لا  نعم

11. منذ بدء تلقي الخدمات، كان عدد أيام حضور طفلي في المدرسة

لا ينطبق

أكثر  كما هي تقريبًا  أقل

إذا لم ينطبق ، يرجى تحديد لماذا لا ينطبق هذا السؤال

- لم يواجه الطفل مشكلة في الحضور قبل بدء الخدمات  
 طفلي أصغر من أن يلتحق بالمدرسة  
 طرد الطفل من المدرسة  
 يدرس الطفل في المنزل  
 ترك الطفل المدرسة  
 غير ذلك

44954



CSI County Client Number

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية لتخبرنا قليلاً عن نفسك



18. ما نوع جنس طفلك؟  أنثى  ذكر  غير ذلك
19. هل أحد والدي الطفل من أصل مكسيكي / إسباني / لاتيني؟  نعم  لا  غير معروف
20. ما الأصل العرقي لطفلك؟ (اختر كل ما ينطبق)  
 هندي أمريكي/سكان ألاسكا الأصليين  من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى  غير معروف  
 آسيوي  أبيض/قوقازي  
 أسود/أميركي أفريقي  غير ذلك
21. ما تاريخ ميلاد طفلك؟  
[شهر / يوم / سنة]  
□□ / □□ / □□□□
22. Medi-Cal (Medicaid) هل لدى طفلك تأمين  نعم  لا
23. هل كان تقديم الخدمات التي تلقاها باللغة التي يفضلها؟  نعم  لا
24. هل كانت المعلومات الكتابية (مثل الكتيبات التي تصف الخدمات المتوفرة، وحقوقك كمستهلك، والمواد التثقيفية في الصحة النفسية) متاحة لك باللغة التي تفضلها؟  نعم  لا
25. يرجى تحديد من ساعدك على تعبئة أي جزء من هذا الاستبيان (ضع علامة على كل ما ينطبق)  
 أحتاج إلى أي مساعدة  قام مسؤول مقابلات متخصص بمساعدتي  
 قام ناشط/منطوع صحة نفسية بمساعدتي  قام طبيبي/مسؤول حالتي بمساعدتي  
 قام مستهلك صحة نفسية آخر بمساعدتي  قام موظف غير طبيبي/مسؤول حالتي بمساعدتي  
 قام أحد أفراد أسرتي بمساعدتي  قام شخص آخر بمساعدتي. من هو؟

**نشكرك على الوقت الذي استغرقته للإجابة على هذه الأسئلة**

**FOR OFFICE USE ONLY:**

**REQUIRED Information:**

County Code:

Date of Survey Administration:

Reason (if applicable):

- Ref  Imp  Lan  Oth

**Optional County Questions:**

County Question #1 (mark only ONE bubble):

- 01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

- 01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

- 01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

County Reporting Unit:

CSI County Client Number  
\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

44954

