

CalOMS Provider ID:

Program Reporting Unit (address):

Setting:  Early Intervention  OP/IOP  Residential  Recovery Support Services

لطفاً جهت بهبود خدمات، به پرسش های زیر در مورد تجربه ی خود در برنامه پاسخ دهید. اگر سوال در مورد موضوعی است که شما آن را تجربه نکرده اید، از عبارت "کاربرد ندارد" [Not applicable] استفاده کنید. پاسخ های شما محرمانه باقی می ماند و بر خدمات حال حاضر و یا آین. نام خود را در این فرم ننویسید.

پاسخ های شما باید توسط کامپیوتر قابل خواندن باشد.

بنابراین، لطفاً از یک خودکار سیاه استفاده کنید و یک "X" در جعبه قرار دهید.

درست



غلط



تاریخ امروز (MM/DD/YYYY)

مصدق ندارد	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. محل راحت بود (از نظر وسیله حمل و نقل عمومی، مسافت، پارکینگ و غیره)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. خدمات زمانی که به آن‌ها نیاز داشتم در دسترس بودند					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. با کمک ارائه‌دهنده خدمات خود، اهداف زودهنگام مداخله / درمان / بهبودی را انتخاب کردم .					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. کادر درمانی در جلسات زودهنگام مداخله / درمان / بهبودی ودی ام، وقت کافی را به من اختصاص دادند.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. کادر درمانی با احترام با من رفتار کردند					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. کادر درمانی طوری با من صحبت می کردند که متوجه می شدم					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. کادر درمانی پیشینه فرهنگی من (نژاد، مذهب، زبان و غیره) را در نظر گرفته و به آن حساس بودند					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. احساس می کنم در اینجا راحت هستم					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. در نتیجه مستقیم خدماتی که دریافت می کنم، بهتر می توانم کارهایی که می خواهم را انجام دهم					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. به خاطر نتایج مستقیم خدماتی که دریافت می کنم، تمایل کمتری به مصرف مواد مخدر و الکل دارم.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. کادر درمانی در اینجا با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت جسمی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. کادر درمانی در اینجا با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ذهنی همکاری داشتند تا به سلامت من کمک کنند					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. کارکنان به من کمک کردند تا با خدمات مورد نیاز دیگر (خدمات اجتماعی، اسکان و غیره) در ارتباط باشم.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. به طور کلی، من از خدماتی که دریافت کردم راضی هستم					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. توانستم همه کمک‌ها/خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنم					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. این آژانس را به دوستان یا اعضای خانواده خود نیز توصیه می کنم					
17. اکنون به خدماتی که دریافت نمودید فکر کنید؛ چه مقدار از آن درمان از راه دور بود (از طریق تلفن یا کنفرانس ویدیویی)؟ هیچ <input type="checkbox"/> خیلی کم <input type="checkbox"/> تقریباً نصف آن <input type="checkbox"/> تقریباً تمام آن <input type="checkbox"/> تمام آن					
18. در مقایسه با قرار ملاقات های حضوری، درمان از راه دور (telehealth) چقدر برای شما مفید بوده است؟ خیلی بهتر <input type="checkbox"/> تا حدی بهتر <input type="checkbox"/> تقریباً مشابه <input type="checkbox"/> تا حدی بدتر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد					
19. وقتی وارد برنامه درمانی شدید، آیا کارکنان برنامه یک نسخه از کتابچه راهنمای بیمار را به شما پیشنهاد کردند یا به شما نشان دادند که کجا می توانید آن را پیدا کنید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
20. آیا کارکنان برنامه فیلم جهت گیری بیمار را به شما نشان دادند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
21. تماشای فیلم جهت گیری بیمار به من کمک کرد تا سیستم اختلال مصرف در لس آنجلس را بهتر درک کنم. کاملاً موافقم <input type="checkbox"/> موافقم <input type="checkbox"/> نظری ندارم <input type="checkbox"/> مخالفم <input type="checkbox"/> کاملاً مخالفم <input type="checkbox"/> قابل اجرا نیست					
22. تماشای ویدیوی جهت گیری بیمار به من کمک کرد تا اطلاعاتی را که می توانم برای دسترسی به همه خدمات اختلال مصرف مواد در دسترس استفاده کنم، داشته باشم.. کاملاً موافقم <input type="checkbox"/> موافقم <input type="checkbox"/> نظری ندارم <input type="checkbox"/> مخالفم <input type="checkbox"/> کاملاً مخالفم <input type="checkbox"/> قابل اجرا نیست					



23. **نظرات**. لطفاً نظرات خود را به ما اطلاع دهید. چه چیزی در این برنامه مفیدتر بود؟ چه چیزی به نظر شما باید در این برنامه تغییر کند؟ لطفاً اطلاعاتی که ممکن است هویت شما را آشکار کند ننویسید. برای مثال، اسم یا شماره تلفن خود را ننویسید

اکنون کمی درباره خودتان بگویید

24. چه مدت است که خدمات را در اینجا دریافت کرده اید؟

- اولین بازدید/روز  
 2 هفته یا کمتر  
 بیش از 2 هفته اما کمتر از 4 هفته  
 4 هفته یا بیشتر

25. محدوده سنی :

- 18-25  36-45  56-64  
 26-35  46-55  65+

29. گرایش جنسی شما چیست؟

- لژین، همجنسگرا یا همجنسگرا  
 مستقیم یا دگرجنسگرا  
 دوجنسه  
 چیز دیگری: (لطفاً توضیح دهید)

- نمی دانم  
 ترجیح می دهند که بیان نشود

30. آیا شما از تبار مکزیکی/اسپانیایی/لاتینکسی هستید؟

- آره  خیر  ناشناخته

31. نژاد/قومیت (لطفاً موارد مورد نظر را انتخاب کنید):

- سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا  
 آسیایی  
 سیاه/آفریقایی آمریکایی  
 بومی هاوایی/جزیره اقیانوس آرام  
 سفید  
 دیگر

ناشناس

26. در Medi-Cal ثبت نام کرده اید؟

- آره  خیر

27. در حال حاضر هویت جنسی شما چیست (توجه: اینگونه خود را شناسایی می کنید که ممکن است با جنسیتی که در بدو تولد به شما اختصاص داده شده نباشد)؟

- نر  
 مونث  
 زن به مرد/مرد ترنسجندر/مرد ترنس  
 مرد به زن/زن ترنسجندر/زن ترنس  
 جندرکوئر، نه منحصرأ مرد و نه زن  
 دسته بندی جنسیتی اضافی یا موارد دیگر:

- ترجیح می دهند که بیان نشود

32. وضعیت ناتوانی (لطفاً مواردی را که مربوط می شود علامت گذاری کنید):

- ناتوانی جسمی  
 کم بینا/نابینا  
 کم شنوا/ناشنوا  
 شرایط همزمان سلامت روان  
 معلول توسعه یا فکری  
 مشخصه ای دیگر:

هیچ یک

33. وضعیت مشارکت عدالت کیفری شما چگونه است؟

- یا به صورت مشروط از هر حوزه قضایی فدرال، ایالتی یا محلی نظارت اجتماعی پس از آزادی (AB109)  
 در انتظار محاکمه، اتهام یا محکومیت  
 آزادی مشروط از هر حوزه قضایی دیگر  
 هر گونه دخالت عدالت کیفری دیگر  
 بدون دخالت عدالت کیفری

28. جنسیت در بدو تولد چه بود؟

- زن  نر

هویت جنسیتی دیگر:

از اینکه وقت خود را صرف پاسخ گویی به این پرسش نامه می کنید، سپاسگزاریم!