

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

در ست

غلط

مصدّق ندارد  
کاملاً مخالفم  
امخالفم  
نظری ندارم  
موافقم  
کاملاً موافقم

تاریخ امروز (MM/DD/YYYY)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. خدمات در زمان های مناسب برای من در دسترس بود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. وکانت الخدمات متاحة عندما احتجت إل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. تجربه خوبی را در ثبت نام زود هنگام مداخله / درمان / بهبودی داشتم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. من و مشاورم با هم در اهداف زود هنگام مداخله / درمان / بهبودی کار کردیم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. من خدماتی را دریافت کردم که برای من مناسب بود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. 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"/>	7. احساس می کنم که مشاورم زمان لازم را برای گوش دادن به من در اختیار گذشت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. من یک رابطه مثبت و اعتماد با مشاورم ایجاد کردم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. 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"/>	10. من احساس می کنم مشاور من صمیمانه به من علاقه مند است و من را درک کرده است
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. من مشاور خودم را در اینجا دوست دارم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. یمشاور من قادر به کمک به من است
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. کارکنان اینجا اطمینان می دهند که نیازهای سلامت و سلامت روانی من (امتحانات فیزیکی، خلق افسرده و غیره) برآورده می شود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. کارکنان در اینجا به مسائل و نگرانی های دیگر من در ارتباط با سیستم های حقوقی، خانواده و آموزشی کمک کردند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. مشاور من خدمات لازم را برای خانواده ام ارائه داد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. در نتیجه خدماتی که دریافت کردم، من توانایی انجام کارهایی را دارم که می خواهم انجام دهم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. 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"/>	18. 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"/>	19. من این خدمات را به یک دوست توصیه می کنم که نیاز به کمک مشابه دارد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. 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 <input type="checkbox"/> تقریباً تمام <input type="checkbox"/> تمام آن <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. 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 <input type="checkbox"/>



22. 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؟

23. اکنون کمی درباره خودتان بگویید

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

کمتر از 1 ماه

1 - 5 ماه

6 ماه یا بیشتر

28. گرایش جنسی شما چیست؟

لزبین، همجنسگرا یا همجنسگرا

مستقیم یا دگرجنسگرا

دوجنسه

چیز دیگری: (لطفاً توضیح دهید):

نمی دانم

ترجیح می دهند که بیان نشود

24. سن:

--	--

29. آیا شما از تبار مکزیکی، اسپانیایی یا لاتین هستید؟

بله  خیر  ناشناخته

30. نژاد / قومیت (لطفاً کلیه موارد مرتبط را انتخاب کنید):

امریکایی سرخپوست/بومی آلاسکا

آسیایی

سیاهپوست/امریکایی آفریقایی

بومی هاوایی/اهل جزایر اقیانوس آرام

سفید/سفید پوست اروپایی

نژاد دیگر (لطفاً توضیح دهید):

ناشناخته

25. آیا در Medi-Cal ثبت نام کرده اید؟

آره  خیر

26. جنسیت 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 (FTM)/مرد ترنسجندر/مرد ترنس

مرد به زن (MTF)/زن ترنسجندر/زن ترنس

جندرکوئر، نه منحصرأ مرد و نه زن

دسته بندی جنسیتی اضافی یا موارد دیگر

(لطفاً توضیح دهید):

ترجیح می دهند که بیان نشود

31. 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

32. وضعیت مشارکت عدالت کیفری شما چگونه است؟

نظارت اجتماعی پس از آزادی (AB109) یا به صورت

مشروط از هر حوزه قضایی فدرال، ایالتی یا محلی

در انتظار محاکمه، اتهام یا محکومیت

آزادی مشروط از هر حوزه قضایی دیگر

هر گونه دخالت عدالت کیفری دیگر

بدون دخالت عدالت کیفری

27. جنستون در بدو تولد چی بود؟

نر  زن

هویت جنسیتی دیگر:  ترجیح می دهند که بیان نشود

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