YOUTH SERVICES SURVEY FOR FAMILIES
Fall 2016

CHINESE

請填寫這一份問卷表來幫助我們改進未來對您孩子的服務。我們對您的答案會保守秘密，您的答案只會用於評估改進我們的服務。
回答下面的問題請把您選擇的圓圈塗黑。 正確塗法 ● 錯誤塗法 ✗ ✓

請根據您過去六個月的經驗回答以下的問題。如果您孩子接受此項服務還不到六個月，就根據您現有的經驗。請標出您對每一個問題的看法是:”非常不同意“，“不同意“，“無意見“，“同意“，和”非常同意“。如果某些問題不適用於您孩子的情況，請標出“不適用”。

	非常不同意	不同意	無意見	同意	非常同意	不適用
1. 總括來說我滿意此機構為我孩子提供的服務。	○	○	○	○	○	○
2. 我參與選擇我孩子所需要的服務。	○	○	○	○	○	○
3. 我參與決定我孩子的治療目標。	○	○	○	○	○	○
4. 不論情況如何，這裡的服務人員都持恒照顧我的孩子。	○	○	○	○	○	○
5. 當我的孩子有麻煩時，服務人員聽他訴說。	○	○	○	○	○	○
6. 我參與我孩子的治療過程。	○	○	○	○	○	○
7. 此機構所提供的服務很適合我的孩子和我們的家庭。	○	○	○	○	○	○
8. 此機構的地點對我們很方便。	○	○	○	○	○	○
9. 服務人員能配合我們方便的時間為我們服務。	○	○	○	○	○	○
10.在這裡我的孩子可以得到所有他需要的幫助。	○	○	○	○	○	○
11.此機構也協助我家庭得到我孩子需要的幫助	○	○	○	○	○	○
12.服務人員很尊重我。	○	○	○	○	○	○
13.服務人員尊重我的宗教信仰。	○	○	○	○	○	○
14.服務人員用我了解的方式和我談話。	○	○	○	○	○	○
15.服務人員尊重我的種族和文化背景。	○	○	○	○	○	○

治療後的直接效果:	非常不同意	不同意	無意見	同意	非常同意	不適用
16.我的孩子能夠更有效的處理日常生活了。	○	○	○	○	○	○
17.我的孩子和家人相處的比較好了。	○	○	○	○	○	○
18.我的孩子和朋友以及其他人相處的比較好了。	○	○	○	○	○	○
19.我的孩子在學校(或工作上)的表現有進步。	○	○	○	○	○	○
20.我的孩子比較會應付突發的事件了。	○	○	○	○	○	○
21.我對於我們現在的家庭生活很滿意。	○	○	○	○	○	○
22.現在我的孩子能把他想做的事做得更好。	○	○	○	○	○	○

繼續到下一頁...

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

6711

DHCS 1745 CH (05/13)

在您孩子和您的家庭接受此地的服務後，您和其他人（此地的服務人員除外）的關係如何？請回答以下問題：

	非常不同意	不同意	無意見	同意	非常同意	不適用
23. 當我想訴說時我曉得有人會傾聽和了解我。	○	○	○	○	○	○
24. 我可以和有些人毫無顧慮的訴說我孩子的問題。	○	○	○	○	○	○
25. 在危急時我能從家人和朋友那裏得到支持。	○	○	○	○	○	○
26. 我可以與別人一起做有趣的事。	○	○	○	○	○	○

27. 在過去六個月中，本機構那一項服務對你們的幫助最大？

28. 您覺得我們可以如何改進此地的服務？

29. 如果您有任何的建議請寫在這裡或這份表格的背後。無論是肯定或批評我們都樂意接受。

請回答以下問題 讓我們知道您孩子的近況

1. 您的孩子現在和您同住嗎？ ○ 是 ○ 否

2. 在過去六個月中, 您孩子可曾住過任何以下處所？（請選所有住過的地方。）
   - ○ 和父母雙親或其中一方同住
   - ○ 和其他家庭成員同住
   - ○ 青少年寄養家庭
   - ○ 青少年治療寄養家庭
   - ○ 緊急臨時接待所
   - ○ 無家可歸人士接待所
   - ○ 青少年觀護感化所
   - ○ 長期治療中心
   - ○ 醫院
   - ○ 縣政府監獄
   - ○ 州政府監獄
   - ○ 逃家/無住所/在街上遊蕩
   - ○ 其他（請描述）: _____

3. 在過去一年中，您的孩子可曾因生病或體格檢查看過醫生（或護士）？請選擇一個答案
   ○ 是的，在醫生診所 ○ 是的，在醫院急診室 ○ 否 ○ 不記得了

4. 您的孩子是否因精神問題或行爲偏差而在服用藥物? ○ 是 ○ 否
   4a. 如果是。醫生或護士有無事先告知可能會發生的副作用？ ○ 是 ○ 否

5. 您的孩子 接受這裡的服務大概有多久了?
   - ○ 這是我的孩子第一次來。
   - ○ 還不到一個月, 可是已經來過不只一次。
   - ○ 一到二個月
   - ○ 三到五個月
   - ○ 六個月到一年
   - ○ 已超過一年

繼 續 到 下 一 頁...

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

6711

如果您的孩子接受此地服務剛滿一年或 還未滿一年請回答問題 6-11。如果您的孩子已接受此地服務超過一年，請直接跳至問題 12。

6. 自從接受此地服務以來，您的孩子可曾被逮捕過？ ○ 是 ○ 否
7. 在接受此地服務之前的 12 個月，您的孩子可曾被逮捕過？ ○ 是 ○ 否
8. 自從接受此地服務以來，您的孩子與警察的接觸（譬如說被逮捕，被盤查，或被送到收容所等機構。）有何改變？
   - ○ 減少了
   - ○ 沒有改變
   - ○ 增加了
   - ○ 不符合（今年和去年都無和警察接觸。）
9. 自從接受此地服務以來，您的孩子可曾被學校開除或退學？ ○ 是 ○ 否
10. 在接受此地服務之前的 12 個月，您的孩子可曾被學校開除或退學？ ○ 是 ○ 否
11. 自從接受此地服務以來，您的孩子上學的日子
    ○ 增加了 ○ 差不多 ○ 減少了 ○ 不符合 （不符合的原因？）
    - ○ 孩子以前就沒有缺席的問題。
    - ○ 孩子太小了還不到上學年齡。
    - ○ 孩子被學校開除了。
    - ○ 孩子在家裏上“家裏學校“課程。
    - ○ 孩子休學。
    - ○ 其他原因_____

請跳至下一頁第十八題 ➡

如果您的孩子已接受此地服務超過一年，請回答問題 12-17。

12. 過去的 12 個月裏，您的孩子可曾被逮捕過？ ○ 是 ○ 否
13. 在那之前的 12 個月裏，您的孩子可曾被逮捕過？ ○ 是 ○ 否
14. 過去的一年裏，您的孩子與警察的接觸（譬如說被逮捕，被盤查，或被送到 收容所等機構。）有何改變？
    - ○ 減少了
    - ○ 沒有改變
    - ○ 增加了
    - ○ 不符合（今年和去年都無和警察接觸。）
15. 過去的 12 個月裏，您的孩子可曾被學校開除或退學？ ○ 是 ○ 否
16. 在那之前的 12 個月裏，您的孩子可曾被學校開除或退學？ ○ 是 ○ 否
17. 過去的一年裏，您的孩子上學的日子
    ○ 增加了 ○ 差不多 ○ 減少了 ○ 不符合 （不符合的原因？）
    - ○ 孩子以前就沒有缺席的問題。
    - ○ 孩子太小了還不到上學年齡。
    - ○ 孩子被學校開除了。
    - ○ 孩子在家裏上“家裏學校“課程。
    - ○ 孩子休學。
    - ○ 其他原因_____

繼續到下一頁...

6711

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

以下請填寫您孩子的個人資料:

18・您孩子的性別是 ○女性 ○ 男性 ○ 其它

19・您孩子的父親母親其中有一位是墨西哥裔/西班牙裔/拉丁美裔嗎? ○是 ○不是 ○不知道

20・您孩子屬於哪一個種族? 請圈選所有適用於您孩子的。

○ 美國印地安人/阿拉斯加土生 ○ 夏威夷土生/其他太平洋群島種族 ○ 不知道
○ 亞裔 ○ 白種人
○ 黑種人/非洲裔美國人 ○ 其他

21・您孩子的出生年月日? (請填寫在格子裡, 同時塗黑對應的圓圈。請參看以下的例子。)

月月-日日-年年年年

□□ - □□ - □□□□

0	○○	○○	○○○○
1	○○	○○	○○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	○○	○○○○
4	○○	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○○
8	○○	○○	○○○○
9	○○	○○	○○○○

例子 生日是一九六七年四月三十日

Date of Birth (mm-dd-yyyy)

這裡填寫生日 → 04 - 30 - 1987

把對應的圓圈塗黑

0	●○	○●	○○○○
1	○○	○○	●○○○
2	○○	○○	○○○○
3	○○	●○	○○○○
4	○●	○○	○○○○
5	○○	○○	○○○○
6	○○	○○	○○○○
7	○○	○○	○○○●
8	○○	○○	○○●○
9	○○	○○	○●○○

22. 您的孩子有加州醫藥保險卡 Medi-Cal (Medicaid)嗎? ○是 ○ 否

23. 我們提供您孩子的服務是用他所熟悉的語言嗎? ○ 是 ○ 否

24. 我們所提供您孩子的文件(例如有關服務項目的小冊子, 您應享有的權力手冊和心理保健教育資料)是用他所熟悉的語言嗎? ○是 ○ 否

25. 請告訴我們有誰幫助您填寫這份問卷表? 請圈選所有適用於您的答案。

○ 我不需要別人幫助。
○ 心理保健贊助者/義務工作人員
○ 其他在這裡接受服務的患者。
○ 我的家人。
○ 專業訪談人員。
○ 我的專業心理輔導人員。
○ 其他服務人員。
○ 其他人。誰? _____

謝謝您寶貴的時間為我們填寫這份表格。

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code: 3 6

Date of Survey Administration:

1 1 - □□ - 2 0 1 6

Reason (if applicable):

○ Ref ○ Imp ○ Lan ○ Oth

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

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:

□□□□□□□□

6711