YOUTH SERVICES SURVEY FOR FAMILIES
Fall 2016

RUSSIAN

Помогите, пожалуйста, нашей организации улучшить качество услуг, ответив на некоторые вопросы. Ваши ответы будут сохранены в конфиденциальности и не повлияют на нынешние или будущие услуги, которые вы или ваш ребенок получаете или получите.

При ответе на каждый вопрос, приведенный внизу, закрасьте кружок, соответствующий вашему выбору.

Просьба полностью закрашивать кружок.

ПРИМЕР: Правильно ● Неправильно ✗ ✓

Отвечайте на следующие вопросы на основании **последних 6 месяцев** ИЛИ если вы не получали услуг в течение 6 месяцев, просто отвечайте на основании тех услуг, которые вы получали до сих пор. Укажите свой выбор: **Совсем не согласен, Не согласен, Не принял решения, Согласен** или **Полностью согласен** для каждого из утверждений внизу. Если вопрос задается о чем-то таком, что с вами или с вашим ребенком не произошло, закрасьте кружок ответа **Не применимо**, чтобы указать, что этот вопрос к вам не относится.

	Совсем не согласен	Не согласен	Не принял решения	Согласен	Полностью согласен	Не применимо
1. В общем, я удовлетворен(а) полученными моим ребенком услугами.	○	○	○	○	○	○
2. Я помогал(а) выбирать услуги для моего ребенка.	○	○	○	○	○	○
3. Я помогал(а) выбирать цели лечения моего ребенка.	○	○	○	○	○	○
4. Люди, которые помогали моему ребенку, оставались с нами до конца.	○	○	○	○	○	○
5. Я знал(а), что у моего ребенка было с кем поговорить, когда он / она был(а) обеспокоен(а).	○	○	○	○	○	○
6. Я принимал(а) участие в лечении моего ребенка.	○	○	○	○	○	○
7. Услуги, полученные моим ребенком и / или семьей, были для нас подходящими.	○	○	○	○	○	○
8. Местоположение предоставления услуг было удобным для нас.	○	○	○	○	○	○
9. Услуги предоставлялись в удобное для нас время.	○	○	○	○	○	○
10. Моя семья получила помощь, которую мы хотели для своего ребенка.	○	○	○	○	○	○
11. Моя семья получила помощь в таком объеме, в котором нуждался наш ребенок.	○	○	○	○	○	○
12. Персонал относился ко мне с уважением.	○	○	○	○	○	○
13. Персонал уважал религиозные / духовные убеждения моей семьи.	○	○	○	○	○	○
14. Работники разговаривали со мной таким образом, что я понимал(а).	○	○	○	○	○	○
15. Работники проявляли деликатность к моему культурному / этническому происхождению.	○	○	○	○	○	○

В результате полученных моим ребенком и / или семьей услуг:

16. Мой ребенок лучше справляется с ежедневной жизнью.	○	○	○	○	○	○
17. Отношения моего ребенка с членами семьи стали лучше.	○	○	○	○	○	○
18. Отношения моего ребенка с друзьями и другими людьми стали лучше.	○	○	○	○	○	○
19. Успехи моего ребенка в школе и / или на работе стали лучше.	○	○	○	○	○	○
20. Мой ребенок может лучше справляться, когда что-то происходит не так.	○	○	○	○	○	○
21. В настоящее время я удовлетворен(а) своей семейной жизнью.	○	○	○	○	○	○
22. Мой ребенок лучше умеет делать то, что ему хочется делать	○	○	○	○	○	○

*Молли Бранк, кандидат наук, 1999 год. Этот документ был разработан как часть Индикаторного проекта штата, финансируемого Центром службы по охране психического здоровья (CMHS). Он был заимствован из Анкеты удовлетворения родственников, использованной вместе с Программой комплексной местной службы охраны психического здоровья для детей и их родственников и Опросом потребителей MHSIP (Программы по улучшению статистики психического здоровья).

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

20543

DHCS 1745 RU (05/13)

На вопросы с 23-го по 26-й просьба отвечать касательно отношений с другими людьми, кроме отношений с вашим психотерапевтом(-ами).

В результате полученных моим ребенком и / или семьей услуг:

	Совсем не согласен	Не согласен	Не принял решения	Согласен	Полностью согласен	Не применимо
23. Я знаю людей, которые выслушают и поймут меня, когда мне понадобится поговорить.	○	○	○	○	○	○
24. У меня есть знакомые люди, с которыми мне легко говорить о проблеме(-ах) моего ребенка	○	○	○	○	○	○
25. В критической ситуации я получу необходимую мне помощь от родных или друзей.	○	○	○	○	○	○
26. У меня есть люди, с которыми я могу заниматься приятными делами.	○	○	○	○	○	○

27. Что было самым полезным в услугах, полученных вами и вашим ребенком на протяжении последних 6 месяцев?

28. Что могло бы улучшить предоставляемые здесь услуги?

29. Если необходимо, предоставьте, пожалуйста, комментарии здесь и/или на обратной стороне этой формы. Нас интересуют как положительные, так и отрицательные отзывы.

Просьба ответить на следующие вопросы, чтобы рассказать нам, как обстоят дела у вашего ребенка.

1. Ваш ребенок сейчас живет с вами? ○ Да ○ Нет

2. Проживал ли ваш ребенок в каком-нибудь из этих мест на протяжении **последних 6 месяцев**? (ОТМЕТЬТЕ ВСЕ, ЧТО К НЕМУ ОТНОСИТСЯ)

○ С одним родителем или обоими родителями
○ С другим членом семьи
○ В приемном доме
○ В лечебно-оздоровительном приемном доме
○ В приюте для переживающих кризисную ситуацию
○ В приюте для бездомных
○ В групповом доме
○ В лечебном стационарном центре
○ В больнице
○ В местной тюрьме или месте содержания под стражей
○ В исправительном учреждении штата
○ Сбежал(-а) из дома/бездомный(-ая) /живущий на улице
○ . Другое (опишите): _____

3. За последний год обращался ли ваш ребенок к лечащему врачу (или медсестре) для проверки здоровья или потому что заболел? (отметьте одно)

○ Да, в клинике или офисе ○ Да, но только в больничном отделении неотложной помощи ○ Нет ○ Не помню

4. Принимает ли ваш ребенок лекарство от эмоциональных проблем или проблем с поведением? ○ Да ○ Нет

4а. Если “Да”, говорил ли доктор или медсестра вам и/или вашему ребенку о том, за появлением каких побочных эффектов нужно следить? ○ Да ○ Нет

5. **Примерно сколько времени вы получали здесь услуги?**

○ Это мой первый визит сюда.
○ У меня было больше одного посещения, но я получал(а) услуги менее одного месяца
○ 1-2 месяца
○ 3-5 месяцев
○ От 6 мес. до 1 года
○ Более 1 года

ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ…

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

20543

Просьба ответить на вопросы с 6-го по 11-й, если вы получали услуги по охране психологического здоровья в течение ОДНОГО ГОДА ИЛИ МЕНЕЕ. Если вы получали услуги по охране психологического здоровья в течение "БОЛЕЕ ОДНОГО ГОДА", перейдите к вопросу 12.

6. Арестовывали ли вашего ребенка с тех пор, как он начал получать услуги по охране психологического здоровья? ○ Да ○ Нет

7. Был ли ваш ребенок арестован на протяжении 12 месяцев до этого? ○ Да ○ Нет

8. С тех пор как ваш ребенок начал получать услуги по охране психологического здоровья, его столкновения с полицией…
   - ○ стали более редкими (например, ребенка не арестовывали, полиция его не беспокоила или не отводила в приют или программу помощи в кризисной ситуации)
   - ○ остались на прежнем уровне
   - ○ участились
   - ○ не применимо (не было столкновений с полицией в этом или прошлом году)

9. Вашего ребенка исключали или временно исключали со времени начала предоставления услуг? ○ Да ○ Нет

10. Вашего ребенка исключали или временно исключали на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? ○ Да ○ Нет

11. С тех пор как мой ребенок начал получать услуги, количество проведенных им в школе дней
○ увеличилось ○ осталось примерно таким же ○ уменьшилось ○ не применимо (просьба выбрать, почему это к нему не относится)
   - ○ до начала получения услуг ребенок не имел проблем с посещаемостью
   - ○ ребенок слишком маленький, чтобы учиться в школе
   - ○ ребенок был исключен из школы
   - ○ ребенок получает домашнее образование
   - ○ ребенок бросил школу
   - ○ другое: _____

ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу № 18 на следующей странице ➡

Просьба ответить на вопросы с 12-го по 17-й только в том случае, если вы получали услуги по охране психологического здоровья в течение "БОЛЕЕ ОДНОГО ГОДА".

12. Был ли ваш ребенок арестован на протяжении последних 12 месяцев? ○ Да ○ Нет

13. Был ли ваш ребенок арестован на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? ○ Да ○ Нет

14. На протяжении прошлого года столкновения вашего ребенка с полицией…
   - ○ стали более редкими (например, ребенка не арестовывали, полиция его не беспокоила или не отводила в приют или программу помощи в кризисной ситуации)
   - ○ остались на прежнем уровне
   - ○ участились
   - ○ не применимо (у него не было столкновений с полицией в этом или прошлом году)

15. Был ли ваш ребенок исключен или временно исключен на протяжении последних 12 месяцев? ○ Да ○ Нет

16. Был ли ваш ребенок исключен или временно исключен на протяжении 12 месяцев, предшествующих этому? ○ Да ○ Нет

17. На протяжении прошлого года количество дней, проведенных моим ребенком в школе
○ увеличилось ○ осталось примерно таким же ○ уменьшилось ○ не применимо (просьба выбрать, почему это к нему не относится
   - ○ до начала получения услуг ребенок не имел проблем с посещаемостью
   - ○ ребенок слишком маленький, чтобы учиться в школе
   - ○ ребенок был исключен из школы
   - ○ ребенок получает домашнее образование
   - ○ ребенок бросил школу
   - ○ другое: _____

ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ…

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

20543

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы, чтобы дать нам возможность немного узнать о вашем ребенке.

18. Какой пол у вашего ребенка? ○ Женский ○ Мужской ○ Иное

19. Кто-нибудь из родителей ребенка имеет мексиканское / испанское / латиноамериканское происхождение?
○ Да ○ Нет ○ Неизвестно

20. Какой расы ваш ребенок? **(Отметьте все, что к вам относится).**
- ○ Американский индеец / Уроженец Аляски
- ○ Азиат
- ○ Африканского происхождения / американец африканского происхождения
- ○ Уроженец Гавайев / других островов Тихого Океана
- ○ Белый(ая)
- ○ Иное
- ○ Неизвестно

21. Какая у вашего ребенка дата рождения? **(Напишите ее в квадратиках И закрасьте соответствующие кружки. Смотрите пример).**

Дата рождения (месяц-день-год)

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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

ПРИМЕР: Дата рождения 30 апреля 1987 года:

1. Напишите свою дату рождения
2. Закрасьте соответствующие кружки

Дата рождения (месяц-день-год)

0 4 - 3 0 - 1 9 8 7

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

22. У вашего ребенка есть медицинская страховка Medi-Cal (Medicaid)? ○ Да ○ Нет

23. Были ли услуги, которые получил ваш ребенок, предоставлены на предпочитаемом им языке? ○ Да ○ Нет

24. Была ли письменная информация (например, брошюры, описывающие имеющиеся услуги, ваши права как потребителя и материалы по просвещению о психическом здоровье) предоставлена вам на предпочитаемом вами языке? ○ Да ○ Нет

25. Укажите, пожалуйста, кто помог вам заполнить какую-нибудь часть этого опроса (**Отметьте все, что к вам относится):**
- ○ Мне не нужна была ничья помощь.
- ○ Советник по психическому здоровью / доброволец помог мне.
- ○ Другой потребитель услуг по психическому здоровью помог мне.
- ○ Мой родственник помог мне.
- ○ Профессиональный опрашивающий помог мне.
- ○ Врач моего ребенка / ведущий его дела помог мне.
- ○ Другой работник кроме врача моего ребенка или ведущего его дела помог мне.
- ○ Кто-то еще помог мне. Кто?: _____

Благодарим за то, что уделили время на ответы на эти вопросы!

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:

☐☐☐☐☐☐☐☐

20543