

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

لاستخدام الاستخدام المسلسل استخدام

Treatment Setting (required): OP/IOP Residential OTP/NTF Detox/WM (standalone) Partial hospitalization

- يرجى الإجابة على هذه الأسئلة حول تجربتك في هذا البرنامج
- "إذا كان السؤال يتعلق بشيء لم تواجهه، فاملأ دائرة "غير قابل للتطبيق"
- لا تكتب اسمك في هذا النموذج
- يجب أن تكون إجاباتك واضحة للقراءة بواسطة جهاز الكمبيوتر، لذلك يرجى استخدام قلم وملء الدائرة تماما، واختيار إجابة واحدة فقط لكل سؤال



غير قابل للتطبيق

لا أوافق بشدة

لا أوافق

أنا محايد

أوافق

موافق بشدة

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. وكان المكان مناسب (لوسائل النقل العام، وبعد المسافة و موقف السيارات، الخ)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. وكانت الخدمات متاحة عندما احتجت إلي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. اخترت أهداف العلاج بمساعدة المسئول
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. أعطاني الموظفون وقتا كافيا في جلسات العلاج
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. عاملني الموظفون باحترام
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. كلمني الموظفون بطريقة مفهومة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. كان الموظفون حساسين لخلفيتنا الثقافية (العرق، الدين، اللغة، وما إلى ذلك)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. يعمل الموظفون هنا مع مسئولتي رعايتي الصحية لتوفير الدعم الصحي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. يعمل الموظفون هنا مع مقدمي الرعاية الصحية العقلية لتوفير الدعم الصحي
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. كنتيجة مباشرة للخدمات التي أتلقاها أستطيع القيام بالأشياء التي أريد القيام بها
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. وقد شعرت بالترحيب هنا
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. بشكل عام. أنا راضٍ عن الخدمات التي تلقيتها
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. كنت قادرا على الحصول على كل المساعدة / الخدمات التي كنت بحاجة إليها
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. أوصي بهذه الهيئة للاصدقاء أو أفراد العائلة

تعليقات

يرجى عدم كتابة أي معلومات قد تكشف عن هويتك بما في ذلك (و غير محصور على) اسمك أو رقم هاتفك

الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية

1. المدة التي تلقيت فيها الخدمات هنا
 أكثر من أسبوعين 2 أسابيع أو أقل أول زيارة / يوم

2. الجنس (يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق)
 أنثى ذكر متحول جنسيا هوية جنس أخرى رفض الإجابة

3. العرق / العرق (يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق)

أمريكي هندي / مواطن أصلي من الاسكا آسيوي أسود / أمريكي أفريقي أبيض / قوقازي لاتيني مواطن من هاواي / من جزر المحيط الهادئ أبيض / قوقازي آخر غير معروف

4. الفئة العمرية 56+ 46-55 36-45 26-35 18-25

58383



أشكركم على أخذ الوقت للرد على هذه الأسئلة !