

مقاطعة لوس أنجلوس - إدارة الصحة النفسية
نظام رعاية البالغين
استطلاع رأي العملاء
مراكز السلامة والمراكز المدارة بواسطة العملاء
الاستشفاء

تاريخ إجراء الاستطلاع		تم إجراء الاستطلاع بمساعدة العاملين بالمركز: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
اسم مقدم الخدمة		اللغة الأساسية:			
رقم مقدم الخدمة		الأصل:			
الجنس:		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		<input type="checkbox"/> أخرى	
يرجى قراءة كل عبارة مما يلي. ضع علامة على أفضل مربع يصف إحساسك فيما يخص حياتك اليومية.		السن			
		أوافق بشدة	أوافق	محايد	أعترض
		لا ينطبق	أعترض بشدة		
1.	اختياري الشخصية محترمة في هذا المركز.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	أنا أتخذ قرارات حول أهداف التعافي الخاصة بي.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	عندما تواجهني أزمة ما، فإنني أتلقى المساعدة والدعم الذي أحتاجه.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	أجد فرصة لتحسين مستوى تعليمي إذا ما رغبت في ذلك.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	لدي الفرص لإشراك عائلتي في عملية التعافي الخاصة بي عندما أختار ذلك.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	أنا راضٍ عن مقدار الدعم الذي أتلقاه.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	العاملون يراعون خلفيتي الثقافية/العرقية.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	الدعم الذي أتلقاه من زملائي يساعدني في إدارة أمور حياتي.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	أتلقى الرعاية فيما يخص أمور الصحة الجسدية التي أعاني منها.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	سوف أنصح أي شخص في وضع مشابه أو أي شخص آخر أعرفه بزيارة هذا المركز.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	أنا راضٍ عن وظيفتي الحالية.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	المركز يشجعني ويدعمني لأكون عضواً عاملاً في مجتمعي، عندما أختار ذلك.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	مجموعات المساعدة الذاتية التي أحضرها تساعدني على إدارة حياتي بطريقة أفضل.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	أنا قادر على الاستمتاع بحياتي.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	أشعر بأن معتقداتي الروحية مدعومة.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	استلمت معلومات التوجيهات للحصول على الدعم الذي أحتاج إليه في مجتمعي.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	أنا سعيد بالمكان الذي أعيش فيه.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	في العموم، أشعر بالرضا عن الدعم والخدمات التي أتلقاها في هذا المركز.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	يرجاء إعلام مكان إقامتك الحالي:	<input type="checkbox"/> أدفع الإيجار أو القرض الخاص بالبيت	<input type="checkbox"/> بدون مأوى أو في ملجأ	<input type="checkbox"/> أعيش مع عائلتي	
		<input type="checkbox"/> مركز لمعالجة الإدمان	<input type="checkbox"/> برنامج تسكنيني	<input type="checkbox"/> دار رعاية	
		<input type="checkbox"/> أخرى			
20.	يرجاء إعلام وظيفتك أو دراستك التعليمية الحالية:	<input type="checkbox"/> وظيفة دائمة	<input type="checkbox"/> وظيفة مؤقتة	<input type="checkbox"/> عمل تطوعي	
		<input type="checkbox"/> طالب في مدرسة أو جامعة	<input type="checkbox"/> مُسجل في إدارة التأهيل		
		<input type="checkbox"/> متقاعد	<input type="checkbox"/> لا أشترك في أي من تلك الأنشطة		