28403

2001 STATEWIDE ADULT CLIENT PERCEPTION SURVEY

[To be completed by RBHA]

RBHA ID:	Survey Tracking Number:
Facility ID:	Name of Service Agency:
Telemedicine:	Program:
	Entitlement Status (as of 10/01/00 i.e.TXIX, TXXI or Non- TXIX/TXXI)

(English version)

Please help us improve our program by answering a few questions about the services you are currently receiving or have received. We are interested in your honest opinion. All responses are confidential. Your current and/or future services will not be affected because of your participation in this survey.

After you have completed the survey, please fold and return it in the attached envelope before ***April 30, 2001***

.

Thank you

Please fill in the blank or check your answer to the following questions:
PLEASE USE PEN OR PENCIL

Information about the Person Receiving Services:

Age ☐☐

Sex Male ____ Female ____

Race ____ White ____ Black ____ Asian ____ Native-American ____ Other

Ethnicity ____ Hispanic ____ Not Hispanic or Latino

Person Completing This Survey Is:

____ The person who is directly receiving services

____ Other ○ Parent/Guardian ○ Friend ○ Relative (Uncle, Aunt, Cousin, Grandparent, etc.)

Please continue to answer questions on the next page.

28403

PART II. Please mark your answer by filling in the bubbles completely.

1. I like the services that I received here.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

2. If I had other choices, I would still get services from this agency.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

3. I would recommend this agency to a friend or a family member.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

4. The location of services was convenient (parking, public transportation, distance, etc.).

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

5. Staff were willing to see me as often as I felt was necessary.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

6. Staff returned my calls within 24 hours.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

7. Services were available at times that were good for me.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

8. I was able to get all my services I thought I needed.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

9. I was able to see a psychiatrist when I wanted to.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

10. Staff here believe I can grow, change, and recover.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

11. I felt comfortable asking questions about my treatment medication.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

12. I felt free to complain.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

13. I was given information about my rights.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

14. Staff encouraged me to take responsibility for how I live my life.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

Please continue to answer questions on the next page.

28403

15. Staff told me what side effects to watch out for.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

16. Staff respected my wishes about who is and who is not, to be given information about my treatment.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

17. I, not staff, decided my treatment goals.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

18. Staff were sensitive to my cultural background (race, religion, language, etc.).

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

19. Staff helped me obtain the information I needed so that I could take charge of managing my illness.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

20. I was encouraged to use consumer-run programs (support groups, drop-in centers, crisis phone line, etc.).

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

21. I deal more effectively with daily problems.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

22. I am better able to control my life.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

23. I am better able to deal with crisis.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

24. I am getting along better with my family.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

25. I do better in social situations.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

26. I do better in school and/or work.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

27. My housing situation has improved.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

28. My symptoms are not bothering me as much.

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

Please continue to answer questions on the next page.

28403

PART III. Please mark your answer by filling in the bubbles completely.

1. **In the last year, did you see a doctor or nurse in a hospital emergency room?**

   ○ Yes ○ No ○ Do not remember

2. **In the last year, other than going to a hospital emergency room, did you see a doctor or nurse for a health check-up, physical exam or because you were sick?**

   ○ Yes ○ No ○ Do not remember

3. **Developing my service/treatment plan was a useful experience.**

   ○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

4. **My service/treatment plan has been useful in achieving my treatment goals.**

   ○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

5. **My service/treatment plan deals with the problems that are bothering me.**

   ○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

PART IV. Please use the space below to write any other comments or suggestions you have. PLEASE PRINT

THANK YOU FOR YOUR COOPERATION
AND TIME IN COMPLETING THIS SURVEY!!!

6165

2001 ENCUESTA ESTATAL DE PERCEPCIÓN DE CLIENTES ADULTOS

(Antes de empezar con la encuesta, esta sección de la forma debe ser completada por el personal de la Asociación Regional de Salud Mental (RBHA por sus siglas en inglés)

[To be completed by RBHA]

RBHA ID:	Survey Tracking Number:
Facility ID:	Name of Service Agency:
Telemedicine:	Program:
	Entitlement Status (as of 10/01/00 i.e.TXIX, TXXI or Non- TXIX/TXXI)

(Spanish version)

Por favor ayúdenos a mejorar nuestro programa al contestar unas pocas preguntas con respecto a los servicios que está recibiendo actualmente. Estamos interesados en su opinión honesta. Todas las respuestas son confidenciales. Sus servicios actuales y futuros no se verán afectados por su participación en esta encuesta.

Cuando temine de llenar la encuesta, por favor dóblela y devuélvala en el sobre adjunto antes de **Abril 30, 2001**

Gracias

Llene los espacios en blanco o marque sus respuesta a la siguientes preguntas:

Información sobre la Persona que Recibe Servicios:

Edad ☐☐

Sexo Masculino ____ Femenino ____

Raza ____ Anglo-Sajón____ Negro ____ Asiático ____ Nativo-Americano ____ Otro

Etnicidad ____ Hispano ____ No Hispano o Latino

La Persona que Completa esta Encuenta es:

____ La persona que está recibiendo los servicios directamente

____ Otro ○ Padre/Tutor ○ Amigo/a ○ Familia (Tío, Tía, Primo, Abuelo, etc)

Por favor, continue contestando las preguntas en la próxima página.

6165

Parte II. Por favor, marque su respuesta llenando los círculos totalmente

1. Me gustan los servicios que he recibido aquí.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

2. Si tuviera más opciones, yo seguiría recibiendo servicios en esta agencia.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

3. Yo recomendaría esta agencia a un/a amigo/a o un miembro de la familia.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

4. La localidad de los servicios es conveniente (estacionamiento, transporte público, distancia, etc)

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

5. El personal estaba dispuesto a verme tan seguido como fuera necesario.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

6. El personal me regresó la llamada en 24 horas.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

7. Los servicios estaban disponibles a las horas que eran conveniente para mi.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

8. Recibí todos los servicios que necesitaba.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

9. Pude ver al psiquiatra cuando quería.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

10. El personal aquí cree que yo puedo crecer, cambiar y recuperarme.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

11. Me sentí a gusto al preguntar sobre mis medicinas de tratamiento.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

12. Me sentí que podía quejarme.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

13. Me dieron información sobre mis derechos.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

14. El personal me animaron a tomar responsabilidad sobre como vivo mi vida.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

Por favor, continue contestando las preguntas en la próxima página.

15. El personal me informaron cuales eran los efectos secundarios que debería tener cuidado.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

16. El personal respetaron mis deseos de a quién/ quién no se le daría información sobre mi tratamiento.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

17. Yo, no el personal, decidí mis metas de tratamiento.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

18. El personal respetó mi tradiciones y cultura (raza, religion, lenguaje, etc.)

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

19. El personal me ayudó a obtener la información que necesitaba para que yo pueda hacerme cargo de dominar mi enfermedad.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

20. Me animaron a usar programas guiados por consumidores (grupos de apoyo, centros de visitas, líneas telefónicas de crisis, etc)

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

21. Puedo enfrentarme a mis problemas diarios, más efectivamente.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

22. Puedo controlar mejor mi vida.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

23. Puedo enfrentarme mucho mejor a las crisis.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

24. Me llevo mucho mejor con mi familia.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

25. Estoy mejor en situaciones sociales.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

26.Estoy mejor en la escuela y/o en el trabajo.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

27. Mi situación de vivienda ha mejorado.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

28. Mis síntomas no me han molestado mucho.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

Por favor, continue contestando las preguntas en la próxima página.

6165

Parte III. Por favor marque sus respuestas llenado el cículo totalmente.

1. El año pasado ¿vió usted a un doctor o enfermera en la sala de emergencia de un hospital?

O Si O No O No me acuerdo

2. El año pasado, no contando con su visita a la sala de emergencia ¿vió usted a un doctor o enfermera para un exámen de salud, exámen físico o porque estaba enfermo/a?

O Si O No O No me acuerdo

3. Desarrollar mi plan de servicio/tratamiento fue una experiencia de mucho beneficio.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

4. Mi plan de servicio/tratamiento ha sido beneficial en alcanzar la meta de mi tratamiento.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

5. Mi plan de servicio/tratamiento está relacionado con los problemas que me molestan.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

Parte IV. Por favor, use el siguiente espacio si tiene usted algún otro comentario o sugerencia.

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN
Y SU TIEMPO EN COMPLETAR ESTA ENCUESTA!!!

28455

2001 YOUTH SERVICES FOR FAMILIES SURVEY

[To be completed by RBHA]

RBHA ID:	Survey Tracking Number:
Facility ID:	Name of Service Agency:
Telemedicine:	Program:
	Entitlement Status (as of 10/01/00 i.e.TXIX, TXXI or Non- TXIX/TXXI)

(English version)

Please help us improve our program by answering a few questions about the services your child is currently receiving or has received. We are interested in your honest opinion. All responses are confidential. Your current and/or future services will not be affected because of your participation in this survey.

After you have completed the survey, please fold and return it in the attached envelope before ***April 30, 2001***

.

Thank you

Please fill in the blank or check your answer to the following questions:
USE PEN OR PENCIL

Information about the Person Receiving Services:

Age [ ][ ]

Sex Male ____ Female ____

Race ____ White ____ Black ____ Asian ____ Native-American ____ Other

Ethnicity ____ Hispanic ____ Not Hispanic or Latino

Person Completing This Survey Is:

____ The person who is directly receiving services

____ Other O Parent/Guardian O Friend O Relative (Uncle, Aunt, Cousin, Grandparent, etc.)

Please continue to answer questions on the next page.

28455

PART II. Please mark your answer by filling in the bubbles completely.

1. **Overall, I am satisfied with the services my child received.**

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

As a result of the services my child and/or family received:

2. **My child is better at handling daily life.**

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

3. **My child gets along better with family members.**

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

4. **My child gets along better with friends and other people.**

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

5. **My child is doing better in school and/or work.**

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

6. **My child is better able to cope when things go wrong.**

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

7. **I am satisfied with our family life right now.**

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

Feedback about the services my child and/or family received:

8. **I helped to choose my child's services.**

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

9. **I helped to choose my child's treatment goals.**

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

10. **The people helping my child stuck with us no matter what.**

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

11. **I felt my child had someone to talk to when he/she was troubled.**

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

12. **The people helping my child listened to what he/she had to say.**

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

Please continue to answer questions on the next page.

28455

13. I was frequently involved in my child's treatment.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

14. The services my child and/or family received were right for us.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

15. The location of services was convenient for us.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

16. Services were available at times that were convenient for us.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

17. If I need services for my child in the future, I would use these services again.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

18. My child and family got the help we wanted.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

19. My child and family got as much help as we needed.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

20. My child and family's needs determined my child's treatment goals.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

21. Staff treated us with respect.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

22. Staff understood my family's cultural traditions.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

23. Staff respected my family's religious/spiritual beliefs.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

24. Staff spoke with me in a way that I understood.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

25. Staff were sensitive to our cultural/ethnic background.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

26. I felt we were discriminated against while trying to get services here.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

Please continue to answer questions on the next page.

28455

Please answer Questions 27 and 28 in the spaces provided below. **PLEASE PRINT**

27. What has been the most helpful thing about the services you and your child received over the last 6 months?

28. What would you recommend to improve services? **PLEASE PRINT**

PART III. Please continue to answer the following questions.

29. Has your child lived in any of the following places in the last 6 months? (CHECK ALL THAT APPLY)

- O With one or both parents
- O With another family member
- O Foster Home
- O Homeless shelter
- O Group Home
- O Residential Treatment Center
- O Hospital
- O Local Jail or Detention Facility
- O State Correctional Facility
- O Runaway/Homeless
- O Other

30. In the last year, did your child see a medical doctor (or nurse) for a health check up or because he/she was sick? O Yes O No

31. Has your child been to court in the last six (6) months? O Yes O No

31a. If yes, was your child charged with a crime? O Yes O No

32. What is your child's current grade in school?

O Preschool (0 - 4) O Elementary (K - 5) O Jr High/Middle School (6 - 8) O High School (9 - 12)

32a. Not in school, why?

33. Has your child been absent from school in the last 6 months? O Yes O No

33a. If yes, how many days?

THANK YOU FOR YOUR COOPERATION
AND TIME IN COMPLETING THIS SURVEY!!!

4627

2001

ENCUESTA PARA LAS FAMILIAS QUE RECIBEN SERVICIOS PARA

(Antes de empezar con la encuesta, esta sección de la forma debe ser completada por el personal de la Asociación Regional de Salud Mental (RBHA por sus siglas en inglés)

[To be completed by RBHA]

RBHA ID:	Survey Tracking Number:
Facility ID:	Name of Service Agency:
Telemedicine:	Program:
	Entitlement Status (as of 10/01/00 i.e.TXIX, TXXI or Non- TXIX/TXXI)

(Spanish version)

Por favor ayúdenos a mejorar nuestro programa al contestar unas pocas preguntas con respecto a los servicios que está recibiendo actualmente. Estamos interesados en su opinión honesta. Todas las respuestas son confidenciales. Sus servicios actuales y futuros no se verán afectados por su participación en esta encuesta.

Cuando temine de llenar la encuesta, por favor dóblela y devuélvala en el sobre adjunto antes de **Abril 30, 2001**

Gracias

Llene los espacios en blanco o marque sus respuesta a la siguientes preguntas:

Información sobre la Persona que Recibe Servicios:

Edad ☐☐

Sexo Masculino ____ Femenino ____

Raza ____ Anglo-Sajón____ Negro ____ Asiático ____ Nativo-Americano ____ Otro

Etnicidad ____ Hispano ____ No Hispano o Latino

La Persona que Completa esta Encuenta es:

____ La persona que está recibiendo los servicios directamente

____ Otro ○ Padre/Tutor ○ Amigo/a ○ Familia (Tío, Tía, Primo, Abuelo, etc)

Por favor, continue contestando las preguntas en la próxima página.

4627

Parte II. Por favor, marque su respuesta llenando los círculos totalmente.

1. Me gustan los servicios que he recibido aquí.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

Como resultado de los servicios que mi niño/a o familia ha recibido:

2. Mi niño/a se puede enfrentar mejor a la vida diaria

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

3. Mi niño/a se lleva mejor con los miembros de mi familia.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

4. Mi niño/a se lleva mejor con mis amigos y otras personas.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

5. Mi niño/a está mejor en la escuela y/o en el trabajo.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

6. Mi niño/a puede enfrentarse mejor cuando las cosas van mal.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

7. Ahora estov satisfecho/a con mi vida familiar.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

Impresión de los servicios que mi niño/a o familia ha recibido:

8. Yo ayudé a escoger los servicios para mi niño/a

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

9. Yo ayudé a escoger las metas de tratamiento para mi niño/a.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

10. Las personas que estaban ayudando a mi niño/a nos aguantaron en las malas y en las buenas.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

11. Me sentí que mi niño/a tenía alguien con quien hablar cuando él o ella estaba molesto/a.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

12. Las personas que ayudaban a mi niño/a, siempre escuchaban lo que él o ella tenía que decir.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

13. Yo participe frequentemente en el tratamiento de mi niño/a.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

Por favor, continue contestando las preguntas en la próxima página.

4627

14. Los servicios que mi niño/a recibió eran los indicados para nosotros.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

15. La localidad donde recibía los servicios era conveniente para nosotros.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

16. Los servicios eran a las horas que eran conveniente para nosotros.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

17. Si en el futuro necesito servicios para mi niño/a, yo usaré estos servicios nuevamente.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

18. Mi niño/a y la familia recibió la ayuda que querímos.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

19. Mi niño/a y la familia recibió toda la ayuda que necesitabamos.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

20. Las necesidades de mi niño/a y nuestra familia determinaron las metas de su tratamiento.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

21. El personal me trató con respeto.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

22. El personal entendió las tradiciones de la cultura de mi familia.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

23. El personal entendió las creencias religiosas /espirituales de mi familia.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

24. El personal me hablaba de manera que yo entendiera.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

25. El personal respetaron mi raza y antercedentes étnicos.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

26. Me sentí descriminado/a cuando traté de recibir servicios aqui.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamenteno O No aplica

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN
Y SU TIEMPO EN COMPLETAR ESTA ENCUESTA!!!

27. ¿Cuál fué la cosa que le más le ayudó de los servicios que usted y su niño/a ha recibido en los últimos 6 meses?

28. ¿Qué recomendaría usted para mejorar los servicios?

Parte III. Por favor, continúe contestando las siguentes preguntas.

29. ¿Ha vivido su niño/a en los siguentes lugares en los últimos 6 meses. (Marque todos los que sean apropiados.)

- O Con uno o dos padres
- O Con un miembro de mi familia
- O Casa de crianza
- O Albergue de desamparados
- O Casa de grupos
- O Centro de tratamiento residencial
- O Hospital
- O Cárcel local o lugar de detención
- O Facilidades Correctionales del Estado
- O Desamparado o ha huído de la casa
- O Otro

30. Durante el año pasado, su niño/a ha visto a un médico (o enfermera) para exámes de salud o porque estaba enfermo/a? O Si O No

31. ¿Su niño/a a ido a la corte en los últimos 6 meses? O Si O No

31a. Si contestó que si, fué acusado/a de algún crimen? O Si O No

32. ¿En que grado está su niño/a en la escuela?

O Guardería(0-4) O Elemental (K-5) O Escuela Media (6-8) O Secundaria (9-12)

32a. Si no está en la escuela, ¿porqué?

33. ¿Ha faltado su niño/a a la escuela en los últimos 6 meses? O Si O No

33a. Si contestestó que si, ¿cuantos días?

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN
Y SU TIEMPO EN COMPLETAR ESTA ENCUESTA!!!

28316

2001 YOUTH SERVICES SURVEY

[To be completed by RBHA]

RBHA ID:	Survey Tracking Number:
Facility ID:	Name of Service Agency:
Telemedicine:	Program:
	Entitlement Status (as of 10/01/00 i.e.TXIX, TXXI or Non- TXIX/TXXI)

(English version)

Please help us improve our program by answering a few questions about the services you are currently receiving or have received. We are interested in your honest opinion. All responses are confidential. Your current and/or future services will not be affected because of your participation in this survey.

After you have completed the survey, please fold and return it in the attached envelope before ***April 30, 2001***

Thank you

Please fill in the blank or check your answer to the following questions:
USE PEN OR PENCIL

Information about the Person Receiving Services:

Age ____

Sex Male ____ Female ____

Race ____ White ____ Black ____ Asian ____ Native-American ____ Other

Ethnicity ____ Hispanic ____ Not Hispanic or Latino

Person Completing This Survey Is:

____ The person who is directly receiving services

____ Other O Parent/Guardian O Friend O Relative (Uncle, Aunt, Cousin, Grandparent, etc.)

Please continue to answer questions on the next page.

28316

PART II. Please mark your answer by filling in the bubbles completely.

1. **Overall, I am satisfied with the services I received.**

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

As a result of the services I received:

2. **I am better at handling daily life.**

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

3. **I get along better with family members.**

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

4. **I get along better with friends and other people.**

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

5. **I am doing better in school and/or work.**

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

6. **I am better able to cope when things go wrong.**

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

7. **I am satisfied with my family life right now.**

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

Feedback about the services I received:

8. **I helped to choose my services.**

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

9. **I helped to choose my treatment goals.**

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

10. **The people helping me stuck with me no matter what.**

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

11. **I felt I had someone to talk to when I was troubled.**

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

12. **The people helping me listened to what I had to say.**

○ Strongly Agree ○ Agree ○ I am Neutral ○ Disagree ○ Strongly Disagree ○ Not Applicable

Please continue to answer questions on the next page.

28316

13. I was actively involved in my own treatment.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

14. I received services that were right for me.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

15. The location of services was convenient.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

16. Services were available at times that were convenient for me.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

17. If I need services in the future, I would use these services again.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

18. I got the help I wanted.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

19. I got as much help as I needed.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

20. I, not staff decided my treatment goals.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

21. Staff treated me with respect.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

22. Staff understood my family's cultural traditions.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

23. Staff respected my family's religious/spiritual beliefs.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

24. Staff spoke with me in a way that I understood.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

25. Staff were sensitive to my cultural/ethnic background.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

26. I felt discriminated against while trying to get services here.

O Strongly Agree O Agree O I am Neutral O Disagree O Strongly Disagree O Not Applicable

Please continue to answer questions on the next page.

28316

Please answer Questions 27 and 28 in the spaces provided below. **PLEASE PRINT**

27. What has been the most helpful thing about the services you received over the last 6 months?

28. What would you recommend to improve services? **PLEASE PRINT**

PART III. Please continue to answer the following questions.

29. Have you lived in any of the following places in the last 6 months? (CHECK ALL THAT APPLY)

- O With one or both parents
- O With another family member
- O Foster Home
- O Homeless shelter
- O Group Home
- O Residential Treatment Center
- O Hospital
- O Local Jail or Detention Facility
- O State Correctional Facility
- O Runaway/Homeless
- O Other

30. In the last year, did you see a medical doctor (or nurse) for a health check up or because you were sick? O Yes O No

31. Have you been to court in the last six (6) months? O Yes O No

31a. If yes, were you charged with a crime? O Yes O No

32. What is your current grade in school?

O Preschool (0 - 4) O Elementary (K - 5) O Jr High/Middle School (6 - 8) O High School (9 - 12)

32a. Not in school, why?

33. Have you been absent from school in the last 6 months? O Yes O No

33a. If yes, how many days?

THANK YOU FOR YOUR COOPERATION
AND TIME IN COMPLETING THIS SURVEY!!!

41621

2001 ENCUESTA DE SERVICIOS A LOS JOVENES

(Antes de empezar con la encuesta, esta sección de la forma debe ser completada por el personal de la Asociación Regional de Salud Mental (RBHA por sus siglas en inglés)

[To be completed by RBHA]

RBHA ID:	Survey Tracking Number:
Facility ID:	Name of Service Agency:
Telemedicine:	Program:
	Entitlement Status (as of 10/01/00 i.e.TXIX, TXXI or Non- TXIX/TXXI)

(Spanish version)

Por favor ayúdenos a mejorar nuestro programa al contestar unas pocas preguntas con respecto a los servicios que está recibiendo actualmente. Estamos interesados en su opinión honesta. Todas las respuestas son confidenciales. Sus servicios actuales y futuros no se verán afectados por su participación en esta encuesta.

Cuando temine de llenar la encuesta, por favor dóblela y devuélvala en el sobre adjunto antes de **Abril 30, 2001**

Gracias

Llene los espacios en blanco o marque sus respuesta a la siguientes preguntas:

Información sobre la Persona que Recibe Servicios:

Edad ☐☐

Sex Masculino ____ Femenino ____

Race ____ Anglo-Sajón____ Negro ____ Asiático ____ Nativo-Americano ____ Otro

Ethnicidad____ Hispano ____ No Hispano o Latino

La Persona que Completa esta Encuenta es:

____ La persona que está recibiendo los servicios directamente

____ Otro O Padre/Tutor O Amigo/a O Familia (Tío, Tía, Primo, Abuelo, etc)

Por favor, continue contestando las preguntas en la próxima página.

41621

Parte II. Por favor, marque su respuesta llenando los círculos totalmente.

1. En general, estoy satisfecho/a con los servicios que he recibido.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

Como resultado de los servicios que he recibido:

2. Me siento mejor al enfrentarme a la vida diaria

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

3. Me llevo mejor con los miembros de mi familia.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

4. Me llevo mejor con mis amigos y otras personas.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

5. Estoy mejor en la escuela y/o en el trabajo.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

6. Puedo enfrentarme mejor cuando las cosas van mal.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

7. Ahora estoy satisfecho/a con mi vida familiar.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

Impresión de los servicios que he recibido:

8. Yo ayudé a escoger mis servicios

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

9. Yo ayudé a escoger mis metas de tratamiento.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

10. Las personas que nos estaban ayudando se aguantaron en las malas y en las buenas.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

11. Me sentí que tenía alguien con quien hablar cuando estaba molesta.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

12. Las personas que me ayudaban, siempre escuchaban lo que yo tenía que decir.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

13. Yo estaba participando activamente en mi propio tratamiento.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

Por favor, continue contestando las preguntas en la próxima página.

41621

14. Recibí los servicios que eran indicados para mí.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

15. La localidad donde recibía los servicios era conveniente.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

16. Los servicios eran a las horas que era conveniente para mi.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

17. Si necesito servicios en el futuro, yo usaré estos servicios nuevamente.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

18. Recibí la ayuda que quería.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

19. Recibí toda la ayuda que necesitaba.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

20. Yo, no el personal, decidió en las metas de mi tratamiento.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

21. El personal me trató con respeto.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

22. El personal entendió las tradiciones de la cultura de mi familia.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

23. El personal entendió las creencias religiosas /espirituales de mi familia.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

24. El personal me hablaba de manera que yo entendiera.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

25. El personal respeto mi raza y mis antecedentes étnicos.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

26. Me sentí descriminado/a cuando traté de recibir servicios aqui.

O Si, definitivamente O Si, de acuerdo O Neutral O No estoy de acuerdo O Definitivamente no O No aplica

Por favor, continue contestando las preguntas en la próxima página

41621

27. ¿Cuál fué la cosa que más le ayudó de los servicios que recibio durante los últimos 6 meses?

28. ¿Qué recomendaría usted para mejorar los servicios?

Parte III. Por favor, continúe contestando las siguentes preguntas.

29. ¿Ha vivido usted en los siguentes lugares en los últimos 6 meses? (Marque todos los lugares apropiados)

- O Con uno o dos padres
- O Con un miembro de mi familia
- O Casa de crianza
- O Albergue de desamparados
- O Casa de grupos
- O Centro de tratamiento residencial
- O Hospital
- O Cárcel local o lugar de detención
- O Facilidades Correctionales del Estado
- O Desamparado o ha huído de la casa
- O Otro

30. ¿En el pasado año, ha visto a un médico (o enfermera) para exámes de salud o porque estaba enfermo/a? O Si O No

31. ¿Ha ido a la corte en los últimos 6 meses? O Si O No

31a. Si contestó que si, fué acusado/a de algún crimen? O Si O No

32. ¿En que grado está en la escuela?

O Guardería(0-4) O Elemental (K-5) O Escuela Media (6-8) O Secundaria(9-12)

32a. Si no está en la escuela, ¿porqué?

33. ¿Ha faltado usted a la escuela en los últimos 6 meses? O Si O No

33a. Si contestestó que si, ¿cuantos días?

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN
Y SU TIEMPO EN COMPLETAR ESTA ENCUESTA!!!

28 Item
Scoring Protocol

A scoring protocol was developed which calculates scaled scores for the domains of:
General Satisfaction, Access, Appropriateness/Quality, and **Outcome**

Consumer Perception of Access

4. The location of services was convenient (parking, public transportation, distance, etc.).
5. Staff were willing to see me as often as I felt was necessary.
6. Staff returned my calls within 24 hours.
7. Services were available at times that were good for me.
8. I was able to get all my services I thought I needed.
9. I was able to see a psychiatrist when I wanted to.

Consumer Perception of Quality/Appropriateness

10. Staff here believe I can grow change and recover.
11. I felt comfortable asking questions about my treatment medication.
12. I felt free to complain.
13. I was given information about my rights.
14. Staff encouraged me to take responsibility for how I live my life.
15. Staff told me what side effects to watch for.
16. Staff respected my wishes about who is, and who is not to be given information about my treatment.
17. I, not staff, decided my treatment goals.
18. Staff were sensitive to my cultural background (race, religion, languate, etc.).
19. Staff helped me obtain the information I needed so that I could take charge of managing my illness.
20. I was encouraged to use consumer-run programs (support, drop-in centers, crisis phone line, etc.).

Consumer Perception of Outcomes

21. I deal more effectively with daily problems.
22. I am better able to control my life.
23. I am better able to deal with crisis.
24. I am getting along better with my family.
25. I do better in social situations.
26. I do better in school and/or work.
27. My housing situation has improved.
28. My symptoms are not bothering me as much.

General Satisfaction

1. I like the services that I received here.
2. If I had other choices, I would still get services from this agency.
3. I would recommend this agency to a friend or family member.

Scoring is done by:

1. Re-coding all "not applicable" (N/A) responses to missing responses.
2. Calculating a mean across the items of each domain. Means should only be calculated if at least 2/3 of the items have been answered (are not missing).
3. Results can be reported for each domain as a percentage of individuals agreeing or strongly agreeing with the items in the domain (% with a mean score less than 2.5).

Individual items from the survey can also be reported. For instance the item "Staff encouraged me to take responsibility for how I live my life." could be reported as the percent of individuals agreeing or strongly agreeing with the item. Many states use a combination of domain scores and individual items in their reports and use the survey results for both performance measurement and quality improvement.

Youth Services Survey for Families (YSS-F) and Youth Services Survey (YSS) Scoring Protocol

Scoring:

The following scoring is based on the results of factor analysis of data collected on the Youth Services Survey for Families (YSS-F) in Virginia.

General Satisfaction

1. Overall I am satisfied with the services my child received.
14. The services my child and/or family received were right for us.
17. If I need services for my child in the future, I would use these services again.
18. My child and family got the help we wanted.
19. My child and family got as much help as we needed.

Consumer Perception of Outcomes

2. My child is better at handling daily life.
3. My child gets along better with family members.
4. My child gets along better with friends and other people.

5. My child is doing better in school and/or work.
6. My child is better able to cope when things go wrong.
7. I am satisfied with our family life right now.

Consumer Perception of Quality/Appropriateness

Family Involvement

8. I helped to choose my child's services.
9. I helped to choose my child's treatment goals.
13. I was frequently involved in my child's treatment.
20. My child and family's needs determined my child's treatment goals.

Cultural Sensitivity

21. Staff treated us with respect.
22. Staff understood my family's cultural traditions.
23. Staff respected my family's religious/spiritual beliefs.
24. Staff spoke with me in a way that I understand.
25. Staff were sensitive to our cultural/ethnic background.

Provider Availability

10. The people helping my child stuck with us no matter what.
11. I felt my child had someone to talk to when he/she was troubled.
12. The people helping my child listened to what he/she had ot sya.

Consumer Perception of Access

15. The location of services was convenient for us.
16. Services were available at times that were convenient for us.