دریافت حمایت خانواده های پناهنده (RFS)

**فقط برای استفاده اداری:**

خانواده‌ای که دارای معیارهای زیر هستند:  بارداری یا دارای فرزند زیر 6 سال  در شهر ساکرامنتو زندگی میکنند  پس از 8/1/2021 وارد ایالات متحدهٔ أمریکا شده اند.

### بودجهٔ این برنامه توسط First 5 Sacramento تامین می شود که با Applied Survey Research (ASR) برای ارزیابی برنامه ها و تاثیر آنها بر کودکان و خانواده ها کار می کند.  اطلاعاتی که در فرم‌های پذیرش و نظرسنجی‌ها ارائه می‌کنید به ما کمک می‌کند تا بفهمیم این خدمات چقدر برای شما و خانوادهٔ‌تان که به ایالات متحده آمده‌اند و در طول برنامه‌های تامین‌شده کار می‌کنند. مراقبت وهماهنگی خوب مینماید.  اطلاعات شخصی شما توسط قوانین ایالتی و فدرال محافظت می شود و باید محرمانه بماند.  لطفاً در صورت موافقت با شرکت در این ارزیابی، حرفهای  اول نام تان را بنویسد: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### نام و نام خانوادگی:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. تاریخ ورود به ایالات متحده:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 3. تاریخ تولد:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ (ماه روز سال) 4. کشور تابعیت:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 5. شماره تلفن:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6. آدرس ایمیل(پست الکترونیک):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.کد پوستی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. جنسیت: مذکر مونث بهتره جواب نده

9. نژاد/قومیت: (همه موارد مورد نظر را انتخاب کنید) 10. زبانی که راحت تر است: (فقط یکی را انتخاب کنید)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ****افغانی | **** ایرانی | ****مه کاره |  | ****عربی | ****فارسی ****پنجابی ****اردو |
| **** عرب | ****پاکستانی | ****دیگران |  | ****سه | ****هندی ****روسی ****دیگر: \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ****هندی | ****اوکراینی |  |  | ****انگلیسی | پشتواوکراینی |

**11 در خانواده نزدیک شما چند نفر وجود دارند؟ \_\_\_\_ ب. چه کسی باردار است؟ \_\_\_\_ ج. 0-2 ساله ؟ \_\_\_\_\_ از3-5سال** \_\_\_\_

**از آنجایی که رفاهیت شما برای ما مهم است، می‌خواهیم چند لحظه شما را زیر نظر داشته باشیم تا بفهمیم کدام روابط برای شما مفید است.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 12. لطفاً در صورت موافقت یا مخالفت با عبارات زیر به ما اطلاع دهید | اختلاف نظر | بی طرفانه | | موافق |
| 1. من می دانم در صورت نیاز به نیازهای اولیه (مانند مسکن، غذا، کار) با کدام برنامه ها در جامعه خود تماس بگیرم | **** | **** | | **** |
| 1. من می توانم استرس های روزانه اولاد داری را تحمل کنم N/A | **** | **** | | **** |
| 1. در 2 هفته گذشته، اغلب احساس افسردگی، اضطراب کرده ام | **** | **** | | **** |
| 1. در 2 هفته گذشته، من احساس اضطراب کرده ام، افکار زیادی داشته ام، یا ناگهان بی دلیل احساس ترس کرده ام. | **** | **** | | **** |
| 1. من آماده هستم تا با یک متخصص در مورد احساسات/نگرانی های خود یا فرزندم صحبت کنم | **** | **** | **** | |
| 1. من در زندگی ام افرادی را دارم که در صورت نیاز از من حمایت می کنند | **** | **** | **** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 13. از زمان ورود به ایالات متحده، چند مورد از موارد زیر برای شما مشکل ساز بوده است: | *مشکل نیست* | *یه زره مشکل دارد* | *یک مشکل بزرگ* |
| 1. من نگران خانواده ام هستم که در ایالات متحده نیستند | **** | **** | **** |
| 1. مشکلات شغلی (یافتن کار، دستمزد پایین، شرایط کار) | **** | **** | **** |
| 1. مشکلات سازگاری با زندگی فرهنگی در ایالات متحده (عدم دسترسی به غذاهایی که دوست دارید، مشکلات با هنجارهای اجتماعی مختلف و غیره) | **** | **** | **** |
| 1. مشکلات در روند درخواست مهاجرت/پناهندگی | **** | **** | **** |
| 1. تبعیض به دلیل زبان، ملیت یا ظاهر من (مانند لباس مذهبی یا فرهنگی) | **** | **** | **** |
| 1. مشکلات دسترسی به خدمات بهداشتی و رفاهیت (نوبت های پزشکی/دندانپزشکی و کمک های مردمی) | **** | **** | **** |
| 1. نگرانی در مورد نداشتن پول کافی برای غذا، پوشاک و مسکن | **** | **** | **** |
| مشکلات حمل و نقل (دریافت گواهینامه رانندگی، ماشین یا استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی) | **** | **** | **** |
| 1. مشکل در یادگیری یا تمرین در زبان انگلیسی | **** | **** | **** |
| 1. هر گونه چالش یا مشکل دیگری که دارید (لطفاً در زیر مشخص کنید) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **** | **** | **** |

پیگیری حمایت خانواده پناهندگان

این برنامه اولین است5توسط ساکرامنتو، که با تحقیقات نظرسنجی کاربردی (ASR) برای ارزیابی برنامه‌ها و تأثیر آنها بر کودکان و خانواده‌ها کار می‌کند. اطلاعاتی که از طریق فرم‌ها، نظرسنجی‌ها و سایر اطلاعات درباره خدماتی که دریافت می‌کنید ارائه می‌کنید به ما در درک آن کمک می‌کندواین خدمات برای شما و خانواده تان که به ایالات متحده آمده اند چگونه کار می کند؟اثر داشتنو هماهنگی بهتر مراقبت در بین برنامه های تامین شدهانجام دهید. اطلاعات شخصی شما توسط قوانین ایالتی و فدرال محافظت می شود و کاملاً محرمانه نگه داشته می شود. لطفا اینجاحرف اول نام خود را بنویسیداگر موافقید در این ارزیابی شرکت کنید. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 1. آیا هیچ یک از اطلاعات تماس شما تغییر کرده است؟ *(آدرس ایمیل، تلفن، کد پستی.)* ****اگراطلاعات پس انداز شما با علامت زدن کادر به روز شده است

**چگونهاز آنجایی که رفاه شما برای ما مهم است، می خواهیم چند لحظه وقت بگذاریموتا مطمئن شوی که خوب هستی.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. از زمان پیوستن به برنامه ما، شما… | بدتر شدن | همین طور باقی ماند | بهتر شد | N/A |
| 1. زمانی که برای رفع نیازهای اولیه به کمک نیاز دارید این را بدانچه چهبا یک برنامه در جامعه خود تماس بگیرید | **** | **** | **** | **** |
| 1. پدر و مادراسترس های روزانهتحمل کردنتوانایی | **** | **** | **** | **** |
| 1. سطح کلی استرس | **** | **** | **** | **** |
| 1. امکان زندگی در آمریکا | **** | **** | **** | **** |
| 1. روابط با دیگران در جامعه شما | **** | **** | **** | **** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. آیا شما یکی از خدمات زیر را دریافت کرده اید؟ اگر بله، کمی است کمی، یا کمک زیادی کرد؟ | کمی کمک کرد | کمی کمک کرد | او کمک زیادی کرد | N/A  (دریافت نشد) |
| 1. مسکن دولتی یا کمک کوپن | **** | **** | **** | **** |
| 1. نیازهای اولیه (مانند غذا، پوشک، صندلی ماشین کودک، تخت نوزاد) | **** | **** | **** | **** |
| 1. حمایت عاطفی | **** | **** | **** | **** |
| 1. کارگاه های آموزشی | **** | **** | **** | **** |
| 1. کمک در مورد ترجمه یا تکمیل فرم ها (برای خدمات، درخواست های شغلی یا هر چیز دیگری) | **** | **** | **** | **** |
| 1. با موفقیت به خدمات بهداشتی یا عمومی (کلینیک پزشکی/دندانپزشکی، کمک های عمومی و اشتغال) متصل شد. | **** | **** | **** | **** |
| 1. کمک در خدمات حمل و نقل (بلیت اتوبوس، سواری، Uber/Lyft) | **** | **** | **** | **** |
| 1. سایر خدمات یا ارجاعات | **** | **** | **** | **** |

4. میشه مثالی از نحوه ارائه بفرماییدخدماتی که به آنها متصل می شوید وبه شما و/یا خانواده تان کمک کرد؟

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

پیگیری پشتیبانی خانواده مهاجر (نمونه تلفن)

سلام، این \_\_\_\_\_\_\_\_ و \_\_\_\_\_\_\_\_\_ است.  چند هفته پیش با یکی از کارمندان ما برای یافتن خدمات کار کردید.  ما می خواهیم پیگیری کنیم تا ببینیم آیا شما کمک مورد نیاز خود را دریافت کرده اید یا خیر، و ببینیم این کمک چگونه پیش می رود.  چند دقیقه وقت داری حرف بزنی؟

اگر بله، به سؤالات ادامه دهید. اگر نه، آیا زمان دیگری برای تماس وجود دارد زیرا رضایت شما برای ما مهم است و نظرسنجی شما می تواند به بهبود برنامه ما کمک کند.

1. **اول، آیا اطلاعات تماس شما تغییر کرده است؟**

 س: این آدرس ایمیل شما صحیح است؟  آیا این هنوز بهترین شماره تلفن برای تماس با شماست؟  در حال حرکت هستید یا آدرس جدیدی دارید؟  [اگر بله] رکورد صرفه جویی را با اطلاعات درست درج کنید و کادر ارزیابی پیگیری را علامت بزنید.

1. در مرحله بعد، مایلیم از شما سوالاتی در مورد تجارب شما از زمان شرکت در این برنامه بپرسیم.  برای هر سوال، ما می خواهیم بدانیم که آیا روند وپروسهٔ پشتیبانی مفید است، بی فایده است،  یا بد شده است.

آیا معلومات تان در مورد برنامه هایی موجود در جامعه خود در صورت نیاز به کمک آن نیاز دارید بهبود یافته، ثابت مانده یا بدتر شده است؟

 بهبود  به همان شکل ماند  بدتر شد نمی دانم / قابل اجرا نیست

* 1. آیا می توانید استرس ناشی از فرزندپروری روزانه خود را کنترل کنید؟

 بهبود  به همان شکل ماند بدتر شد نمی دانم / قابل اجرا نیست

* 1. آیا سطح کلی استرس شما بهبود یافته، تقریباً ثابت مانده یا بدتر شده است؟

 بهبود  به همان شکل ماند بدتر شد نمی دانم / قابل اجرا نیست

* 1. آیا توانایی شما برای زندگی در ایالات متحده بهبود یافته، ثابت مانده یا بدتر شده است؟

 بهبود  به همان شکل ماند بدتر شد نمی دانم / قابل اجرا نیست

* 1. آیا روابط شما با سایر افراد جامعه بهبود یافته، ثابت مانده یا بدتر شده است؟

 بهبود  به همان شکل ماند بدتر شد نمی دانم / قابل اجرا نیست

1. در مرحله بعد، ما می خواهیم در مورد خدمات یا کمکی های که ممکن است از برنامه های منابع پناهندگی دریافت کردید، اطلاع حاصل کنیم . اکنون  از شما می‌پرسیم که آیا این کمک به شما کمک کرده است، کمی یا بسیار.
   1. آیا کوپن یا کمک هزینه مسکن دولتی دریافت کرده اید یا به سازمان کمک رسان دیگری ارجاع شده اید؟   نه **آره**

[اگر بله] آیا کوپن یا کوپن دارید/کمک کردید

* 1. آیا مایحتاج اولیه مانند غذا، پوشاک، صندلی ماشین کودک، گهواره یا هر چیز دیگری را دریافت کرده اید؟  نه **آره**

[اگر بله] این موارد کمک اندکی، کمک اندکی، یا کمک زیادی کرده اند.

آیا در طول برنامه از حمایت عاطفی مانند مشاوره برخوردار شدید؟  نه **آره**

[اگر بله] آیا این خدمات کمی، کمی یا بسیار به شما کمک کرده است؟

* 1. آیا در کلاس های آموزشی ارائه شده توسط برنامه شرکت کرده اید؟  نه **آره**

[اگر بله] آیا این کلاس ها ،کمی، کمی یا خیلی به شما کمک کردند؟

* 1. آیا برای ترجمه یا پر کردن فرم ها کمکی دریافت کردید؟   نه **آره**

[اگر بله] آیا می گویید که این حمایت کمی کمک کرد، کمی کمک کرد یا کمک زیادی کرد.

* 1. آیا برای حمل و نقل مانند سواری یا کوپن دریافت کرده اید؟  نه **آره**

[اگر بله] آیا می گویید که این حمایت کمی کمک کرد، کمی کمک کرد یا کمک زیادی کرد.

* 1. آیا منابع دیگری برای خدماتی دریافت کرده اید که قبلاً به آن اشاره نکرده ایم؟  نه **آره**

 [اگر بله] آیا می گویید که این منابع کمی کمک کرد، کمی کمک کرد یا کمک زیادی کرد

آیا نمونه ای دارید که بتوانید با ما در میان بگذارید که چگونه شخص راهنما شما را به منابعی که به شما و/یا خانواده شما کمک کرده است ارتباط داده است؟

 از شرکت کنندگان برای وقت خود تشکر کنید.  بپرسید که آیا چیز دیگری نیاز دارند و غیره.