

نهتم بآراءكم! رجاء خذوا القليل من الوقت لمشاركتنا بآراءكم معنا. ستستخدم آراءكم لمساعدتنا في تحسين الخدمات التي نوفرها لكم. الإجابة على هذا الاطلاع هو اختياري ولن يؤثر على استلامكم للحفاضات. سنحافظ على خصوصية إجاباتكم. إن يكن لديكم أي أسئلة اتصلوا ب 656-8503 (202) أو data@dcdiaperbank.org. شكرا لوقتكم!

غير ذلك _____ ١ ٢ ٣ ٤ كم من الأطفال لديكم في البيت يرتدون الحفاضات؟ (إختار واحد) (1)

(2) (إختار واحد) Community of Hope Healthcare ما هي الفترة الزمنية التي استلمت فيها حفاضات من

- أكثر من سنتين
 ٢-١ سنة
 أقل من سنة
 هذه اول مرة

(3) كم مرة تستلم الحفاضات من Community of Hope Healthcare؟ (إختار واحد)

- مرة في السنة
 فترة كل شهر
 شهريا
 أكثر من مرة في الشهر

(4) في خلال السنة الماضية، كم مرة حصل التالي:

- أبدا نادرا أحيانا عادة دائما

a. طفلك\أطفالك لم يذهبوا إلى المدرسة لأنه لم يكن لديهم ما يكفي من الحفاضات	<input type="checkbox"/>				
b. انت أو احد في بيتك لم يكن بإمكانك الذهاب إلى العمل أو المدرسة لعدم وجود ما يكفي من الحفاضات	<input type="checkbox"/>				
c. كنت مقلق كيف ستتمكن من الدفع للحفاضات	<input type="checkbox"/>				
d. تشعر بأنه ليس لديك ما يكفي من الحفاضات لتغيير حفاضة ابنك بالاعتقاد الذي ترغب فيه	<input type="checkbox"/>				

(5) كم مرة تتعرض للمعوقات حينما تحاول شراء الحفاضات؟

- أبدا نادرا أحيانا عادة دائما

a. سعر الحفاضات	<input type="checkbox"/>				
b. المسافة إلى أقرب دكان الذي يبيع الحفاضات	<input type="checkbox"/>				
c. عدم وجود أي مواصلات	<input type="checkbox"/>				
d. ي وقت متوفر للتسوق	<input type="checkbox"/>				
e. عدم وجود المساعدة للتسوق	<input type="checkbox"/>				
f. وعكات صحية	<input type="checkbox"/>				
g. مسائل أمنية	<input type="checkbox"/>				
h. غير ذلك	<input type="checkbox"/>				

(6) هل أخترت ما بين شراء الحفاضات والصراف على:

- الطعام
 الخدمات
 مصاريف السيارة
 مصاريف صحية أو ادوية
 الإجار\الإسكان
 الاوعية
 مصاريف المواصلات
 مصاريف أخرى غير ضرورية
 حساب
 غير ذلك: _____

للأسئلة المقبلة، رجاء أشر إلى اتفاقك أو عدم اتفاقك مع:

(7) الحصول على هذه الحفاضات لأطفالي يسمح لي أن:

- أعارض بشدة أعارض لا أوافق ولا أعارض أوافق أوافق بشدة

a. خذ طفلي إلى المدرسة	<input type="checkbox"/>				
b. دفع مصاريفي	<input type="checkbox"/>				
c. الذهاب إلى العمل	<input type="checkbox"/>				
d. توفير الأموال	<input type="checkbox"/>				
e. الذهاب إلى الجامعة أو فرص التدريب للعمل	<input type="checkbox"/>				
f. لبحث عن فرص للعمل	<input type="checkbox"/>				

الحصول على هذه الحفاضات قد ساعدني في: (8)	أوافق بشدة	أوافق	لا أوافق ولا أعارض	أعارض	أعارض بشدة
a. الإحساس بأنني أب أو أم أفضل	<input type="checkbox"/>				
b. خفض من ضغطي	<input type="checkbox"/>				
c. الإحساس بأقل من الإحباط	<input type="checkbox"/>				
d. الإحساس بأن مجتمعي يهتم بعائلتي	<input type="checkbox"/>				
e. تغيير حفاضة طفلي كما أربغ	<input type="checkbox"/>				

الحصول على هذه الحفاضات قد ساعد طفلي في: (9)	أوافق بشدة	أوافق	لا أوافق ولا أعارض	أعارض	أعارض بشدة
a. أقل حساسية	<input type="checkbox"/>				
b. أقل من الدموع	<input type="checkbox"/>				
c. أكثر سعادة	<input type="checkbox"/>				
d. النوم بشكل أفضل	<input type="checkbox"/>				

منذ حصولك على الحفاضات ومواد أخرى، ما هي إمكانياتك للتالي: (10)	أقل المحتمل	تقريبا النفس	من المرجح أكثر أن تفعل ذلك	بالتأكيد أكثر عرضة للقيام بذلك
a. محاوره شخص آخر لاحتياجاتك	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. الحفاظ على مواعيدك مع CoH Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. طلب المساعدة من الآخرين كما تحتاج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ما بين المواعيد CoH Health الاتصال بـ >	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. CoH Health الاشتراك في برامج أخرى متوفرة من	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. البحث عن الخدمات أخرى متوفرة من CoH Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(11) Community of Hope Healthcare ما هي الخدمات الأخرى التي تحصل عليها من

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> لا شيء، فقط الحفاضات | <input type="checkbox"/> زيارة صحية للطبيب | <input type="checkbox"/> الخدمات الاجتماعية |
| <input type="checkbox"/> مساعدة قانونية | <input type="checkbox"/> دروس للأباء | <input type="checkbox"/> العثور على مسكن |
| <input type="checkbox"/> زيارة للبيت | <input type="checkbox"/> دروس لغوية أو ثانوية | <input type="checkbox"/> خدمات صحية لما بعد الولادة |
| <input type="checkbox"/> الطعام | <input type="checkbox"/> جامعات مساندة للحمل | <input type="checkbox"/> خدمات للعناية بالأطفال |
- غير ذلك _____

(12) بالإضافة إليك وأطفالك الذين يرتدون الحفاضات، ما هو معدل من يسكنون في بيتك؟

- كبار أكثر من ٧٥ سنة كبار السن ٦٤-١٩ سنة مراهقين ١٣-١٨ سنة أطفال دون ١٣ سنة

(13) ما هي الأغراض الأخرى التي تحتاجها واحيانا لا تستطيع توفرها؟

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> الحفاضات النسائية | <input type="checkbox"/> الحليب | <input type="checkbox"/> مناديل |
| <input type="checkbox"/> طعام الأطفال | <input type="checkbox"/> الحفاضات للكبار | <input type="checkbox"/> مواد للتنظيف |
| <input type="checkbox"/> رضاعات الأطفال | <input type="checkbox"/> المواد للرضاعة | <input type="checkbox"/> مواد لتنظيف الأطفال |
| <input type="checkbox"/> الحفاضات | <input type="checkbox"/> عربة للأطفال | <input type="checkbox"/> سرير الأطفال |
| <input type="checkbox"/> كتب | <input type="checkbox"/> المواد للدراسة | <input type="checkbox"/> الألعاب والأنشطة للأطفال |
| <input type="checkbox"/> مقاعد للسيارة | <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ | |

(14) ما هو عمرك؟

- دون ١٨ سنة ٢٤-١٨ سنة ٣٤-٢٥ سنة ٤٤-٣٥ سنة
 ٥٤-٤٥ سنة ٦٤-٥٥ سنة ٧٤-٦٥ سنة ٧٥ سنة

(15) ما هو علاقتك بالطفل أو الأطفال الذي تتسلم له الحفاضات اليوم؟

- أم أب جدة جد
 حارس قانوني اهل بالتبني غير ذلك: _____

(16) ما هو رمزك البريدي؟ _____

(17) ما هي اثنتك؟

- الهنود الحمر الأمريكيان أمريكي من اصل أوروبي
 آسيوي أفريقي
 أمريكي من اصل لاتيني غير ذلك _____

(18) _____ أكمل الجملة التالية: ما هو معنى الحفاضات؟

(19) _____ هل لديك أي أسئلة أو تعليقات أخرى؟

شكرا جزيلا!