

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) Silver Spring Health Center - Montgomery County DHHS 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 Silver Spring Health Center - Montgomery County DHHS؟ (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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. كنت مقلق كيف ستتمكن من الدفع للحفاضات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. تشعر بأنه ليس لديك ما يكفي من الحفاضات لتغيير حفاضة ابنك بالاعتقاد الذي ترغب فيه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- أبدا نادرا أحيانا عادة دائما

a. سعر الحفاضات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. المسافة إلى أقرب دكان الذي يبيع الحفاضات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. عدم وجود أي مواصلات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ي وقت متوفر للتسوق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. عدم وجود المساعدة للتسوق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. وعكات صحية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. مسائل أمنية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. غير ذلك	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. دفع مصاريفي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. الذهاب إلى العمل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. توفير الأموال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. الذهاب إلى الجامعة أو فرص التدريب للعمل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. لبحث عن فرص للعمل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

(11) Silver Spring Health Center - Montgomery County DHHS ما هي الخدمات الأخرى التي تحصل عليها من

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

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

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

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

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

(14) ما هو عمرك؟

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