OMB #: 0938-1066

[OMB EXPIRATION DATE]

ՏՆԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ
CAHPS® ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ

20XX

**OMB DISCLOSURE NOTICE PLACEHOLDER IN ARMENIAN** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.  The valid OMB control number for this information collection is **0938-XXXX (Expires XX/XX/XXXX)**.  This is a **[mandatory/voluntary/required to retain or obtain a benefit (please select one)]** information collection.  The time required to complete this information collection is estimated to average 9 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection.  If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports ClearanceOfficer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.**\*\*\*\*CMS Disclosure\*\*\*\* Please do not send applications, claims, payments, medical records or any documents containing sensitive information to the PRA Reports Clearance Office.  Please note that any correspondence not pertaining to the information collection burden approved under the associated OMB control number listed on this form will not be reviewed, forwarded, or retained. If you have questions or concerns regarding where to submit your documents, please contact [List Program Specific Contact].**

Հարցաթերթիկը լրացնելու ցուցումներ

* Պատասխանեք բոլոր հարցերին՝ նշելով ձեր պատասխանի ձախ կողմում գտնվող վանդակը:
* **Եթե դուք պատասխանում եք տնային առողջական խնամք ստացած ինչ-որ մեկի փոխարեն**, ապա խնդրում ենք փորձել պատասխանել հարցերին նրա տեսանկյունից:
* Երբեմն դուք կարող եք բաց թողնել որոշ հարցեր այս հարցման մեջ: Նման դեպքերում կտեսնեք նշումով սլաք, որը ցույց կտա ձեզ ուղղված հաջորդ հարցը, օրինակ`

 Այո

 Ոչ  **Եթե ոչ, ապա անցեք Հ1:**

Ձեր տնային առողջական խնամքը

1. Մեր գրառումների համաձայն, դուք խնամք եք ստացել **[AGENCY NAME]** տնային առողջական խնամքի գործակալությունից։ Արդյո՞ք դա ճիշտ է:

1 Այո

2 Ոչ  **Եթե ոչ, խնդրում ենք դադարեցնել լրացնելը և վերադարձնել հարցումը տրամադրված ծրարով:**

Ձեր խնամքը տնային առողջական խնամքի անձնակազմից

Այս հաջորդ հարցերը վերաբերում են **[AGENCY NAME]**-ի բոլոր տարբեր անձնակազմներին։ Մի՛ ներառեք մեկ այլ տնային առողջական գործակալության բուժանձնակազմից ստացած խնամքը:

1. Երբ սկսեցիք տնային առողջական խնամք ստանալ այս գործակալությունից, գործակալության բուժանձնակազմից, որևէ մեկը հայտնե՞ց **ձեր տունն ավելի անվտանգ դարձնելու միջոցների** մասին: Օրինակ, գուցե առաջարկել են ցնցուղի տակ բռնվելու համար ձողեր տեղադրել, կամ հեռացնել սայթաքման վտանգները:

1 Այո

2 Ոչ

3 Չգիտեմ

4 Ես օգնության կարիք չունեի տան անվտանգության հարցում

1. Գործակալությունից որևէ մեկը երբևէ **վերանայե՞լ է ձեր կողմից ընդունվող դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի դեղերը**: Օրինակ, խնդրել են ձեզ ցույց տալ ձեր դեղերը և խոսել են ձեզ հետ դրանցից յուրաքանչյուրի ընդունման մասին:

1 Այո

2 Ոչ

3 Չգիտեմ

4 Ես ոչ մի դեղամիջոց չեմ ընդունում

1. Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը խոսե՞լ է ձեզ հետ ձեր դեղերի որևէ **կողմնակի ազդեցության** մասին:

1 Այո

2 Ոչ

3 Չգիտեմ

4 Ես ոչ մի դեղամիջոց չեմ ընդունում

1. Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը որքա՞ն հաճախ է ձեզ տեղեկացրել, թե **երբ են նրանք ժամանելու** ձեր տուն:

1 Երբեք

2 Երբեմն

3 Սովորաբար

4 Միշտ

1. Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը որքա՞ն հաճախ է **տեղյակ եղել տանը ստացած ձեր ամբողջ խնամքի կամ բուժման մասին**:

1 Երբեք

2 Երբեմն

3 Սովորաբար

4 Միշտ

1. Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը որքա՞ն հաճախ է **հոգատարությամբ վերաբերվել ձեզ**, օրինակ՝ ձեզ տեղափոխելիս կամ վիրակապ փոխելիս:

1 Երբեք

2 Երբեմն

3 Սովորաբար

4 Միշտ

1. Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը որքա՞ն հաճախ է **բացատրել իրերը** հեշտ, հասկանալի ձևով:

1 Երբեք

2 Երբեմն

3 Սովորաբար

4 Միշտ

1. Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը որքա՞ն հաճախ է **ուշադիր լսել** ձեզ:

1 Երբեք

2 Երբեմն

3 Սովորաբար

4 Միշտ

1. Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը որքա՞ն հաճախ է ձեզ **քաղաքավարությամբ և հարգանքով** վերաբերվել:

1 Երբեք

2 Երբեմն

3 Սովորաբար

4 Միշտ

1. Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում որքա՞ն հաճախ եք զգացել, որ գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը **հոգ է տանում ձեր մասին՝ որպես մարդ**:

1 Երբեք

2 Երբեմն

3 Սովորաբար

4 Միշտ

1. Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմը **ձեր ընտանիքին կամ ընկերներին տրամադրե՞լ** է ձեր խնամքի վերաբերյալ այնքան **տեղեկատվություն կամ հրահանգներ**, որքան ցանկանում էիք:

1 Այո

2 Ոչ

3 Չգիտեմ

4 Ես չէի ուզում և դրա կարիքը չունեի

1. Խնամքի վերջին 2 ամիսների ընթացքում որքա՞ն հաճախ են այս գործակալությունից ստացած ծառայություններն **օգնել ձեզ հոգալ ձեր առողջության մասին**:

1 Երբեք

2 Երբեմն

3 Սովորաբար

4 Միշտ

1. Մենք ցանկանում ենք իմանալ ձեր գնահատականն այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժանձնակազմի կողմից ձեզ մատուցած խնամքի ծառայության համար:

Օգտագործելով 0-ից մինչև 10-ը ցանկացած թիվ, որտեղ 0-ն հնարավոր ամենավատ տնային առողջական խնամքն է, իսկ 10-ը՝ հնարավոր լավագույն տնային առողջական խնամքը, ո՞ր թիվը կօգտագործեիք այս գործակալության տնային առողջական խնամքի բուժաանձնակազմի կողմից **ձեզ մատուցված խնամքը գնահատելու** համար:

 0 Վատթարագույն հնարավոր տնային առողջական խնամքը

 1

 2

 3

 4

 5

 6

 7

 8

 9

 10 Լավագույն հնարավոր տնային խնամքը

Ձեր տնային առողջական գործակալություն

Հաջորդ հարցերը վերաբերում են **[AGENCY NAME]** գրասենյակին։

1. Դուք դիմե՞լ եք այս գործակալության **գրասենյակ** օգնության կամ խորհրդատվության համար:

1 Այո

2 Ոչ  **Եթե ոչ, անցեք Հ17**.

1. Գործակալության գրասենյակ դիմելիս ստացա՞ք ձեզ անհրաժեշտ օգնությունը կամ խորհուրդը:

1 Այո

2 Ոչ

1. Պետք լինելու դեպքում ձեր ընտանիքի անդամներին կամ ընկերներին խորհուրդ կտա՞ք օգտվել այս գործակալության տնային առողջական խնամքի ծառայություններից:

1 Միանշանակ ոչ

2 Հավանաբար ոչ

3 Հավանաբար այո

4 Միանշանակ այո

Ձեր մասին

Մնացել է ընդամենը մի քանի հարց։

**Եթե դուք պատասխանում եք ընտանիքի անդամի կամ ընկերոջ անունից, ով ստացել է տնային առողջական խնամքի ծառայություն, ապա** այս հարցերը վերաբերում են տվյալ անձին, այլ ոչ թե ձեզ:

1. Ընդհանուր առմամբ, ինչպե՞ս կգնահատեք ձեր ընդհանուր առողջական վիճակը:

1 Գերազանց

2 Շատ լավ

3 Լավ

4 Բավարար

5 Վատ

1. Ընդհանուր առմամբ, ինչպե՞ս կգնահատեք ձեր ընդհանուր մտավոր կամ հուզական առողջական վիճակը:

1 Գերազանց

2 Շատ լավ

3 Լավ

4 Բավարար

5 Վատ

1. Դուք միայնա՞կ եք ապրում։

1 Այո

2 Ոչ

1. Ո՞րն է ձեր ավարտած կրթական հաստատության ամենաբարձր դասարանը կամ մակարդակը:

1 8-րդ դասարան կամ ցածր

2 Ավագ դպրոց, բայց չեմ ավարտել

3 Ավագ դպրոցի շրջանավարտ կամ GED հավաստագիր ունեցող

4 Քոլեջ կամ 2-ամյա ծրագրի շրջանավարտ

5 4-ամյա քոլեջի շրջանավարտ

6 4-ամյա քոլեջի ծրագրից բարձր

1. Ռասայական կամ ազգային պատկանելություն․ խնդրում ենք նշել առնվազն մեկը՝:
2. ամերիկյան հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ
3. ասիացի
4. սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի
5. իսպանախոս կամ լատինամերիկացի
6. Մերձավոր Արևելքի կամ Հյուսիսային Աֆրիկայի բնակիչ
7. բնիկ հավայացի կամ խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնակիչ
8. սպիտակամորթ
9. Ի՞նչ լեզվով եք հիմնականում խոսում տանը:

1 Անգլերեն

2 Իսպաներեն

3 Այլ լեզու. *(տպատառ նշեք):*

1. Ինչ-որ մեկն օգնե՞լ է ձեզ լրացնել այս հարցումը:

1 Այո

2 Ոչ  **Եթե ոչ, խնդրում ենք վերադարձնել ձեր լրացրած հարցումը փոստային վճարովի ծրարի մեջ:**

1. Ինչպե՞ս է այդ անձը օգնել ձեզ: Նշեք բոլոր համապատասխան վանդակները:

1 Հարցերը կարդացել է ինձ համար

2 Գրառել է պատասխաններս

3 Իմ փոխարեն պատասխանել է հարցերին

4 Հարցերը թարգմանել է իմ լեզվով

5 Օգնել է այլ կերպ. *(տպատառ նշել):*

6 Այս հարցաթերթիկը լրացնելիս ինձ ոչ ոք չի օգնել

**Շնորհակալություն**

**Լրացված հարցաթերթիկը խնդրում ենք վերադարձնել կից տրամադրվող**

**նախապես վճարված ծրարով:**