



## استبيان لأعضاء برنامج (Rhode Island Medicaid) لعام 2021



الإرشادات: شكرًا لك على المشاركة في هذا الاستبيان. تعليقاتك مهمة للغاية وستساعدنا على تحسين طريقة تقديم الرعاية الصحية في ولاية رود آيلاند والنهوض بها. سننظر جميع إجاباتك سرية و لن تؤثر الإجابات على المزايا التي تتلقاها على الإطلاق. ولن يستغرق إكمال هذا الاستبيان سوى 4 أو 5 دقائق.

يمكنك الإجابة إلكترونيًا عن طريق إجراء مسح ضوئي لرمز الإستجابة السريعة (QR) بالهاتف المحمول أو إرسال ردودك بالبريد الإلكتروني/ البريد العادي كما هو موضح في الصفحة 4.

1. هل أنت مُسجل حاليًا في برنامج (Medicaid Managed Care) وتتلقي المزايا الخاصة بك من ( Neighborhood Health Plan of Rhode Island – TRUST/ACCESS)، أو خطة (United Healthcare Community Plan) أو خطة (Tufts Health Public Plan RI Together)؟

نعم  لا  لست متأكدًا/ لا أعلم

رجاءً أخبرنا عن نفسك.

2. ما عمرك؟

أقل من 18  18-24  25-34  35-44  45-54  55-64  65 فأكثر

3. ما نوعك الاجتماعي؟

أنثى  ذكر  غير ثنائي  متحول جنسيًا  مخنث  أفضل عدم الإجابة  
 أود أن تصفني بالصفات التالية: غير ثنائي أو مرن الهوية الجنسية أو معدوم الهوية الجنسية أو غير ذلك (يرجى التحديد)

4. ما أفضل عرق/ خلفية إثنية مناسبة لوصفك؟ (يرجى اختيار إجابة واحدة)

من الهنود الحمر أو من سكان الأسكا الأصليين  آسيوي  من سكان هاواي الأصليين أو أحد سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين  
 أمريكي أفريقي أو أسود  أبيض  من أصل إسباني/ لاتيني  
 متعدد الأعراق  أفضل عدم الإجابة  
 غير ذلك (يرجى التحديد)

رجاءً أخبرنا عن صحتك واحتياجاتك المتعلقة بالرعاية الصحية.

5. كيف ستصف صحتك بوجه عام؟

ممتازة  جيدة  متوسطة/ بخير  ضعيفة  ضعيفة للغاية

6. هل لديك مقدم رعاية صحية ثابت (طبيب، ممرضة، مركز صحي، غير ذلك) تزوره عندما تحتاج للرعاية؟

نعم  لا  لا، لكنني أحتاج لأحدهم  لا، أنا لا أحتاج لأي منهم  
 غير ذلك (يرجى التوضيح)

7. في برنامج (Medicaid Managed Care)، تساعدك الخطة الصحية (Neighborhood Health Plan أو Tufts Health Plan أو United Healthcare) على إدارة الرعاية الخاصة بك. هل اخترت الخطة الصحية التي تتبعها الآن؟

نعم  لا  لست متأكدًا/ لا أعلم

8. ما هو الأكثر أهمية بالنسبة لك عند اختيار الخطة الصحية الخاصة بك حاليًا؟ (اختر إجابة واحدة أو أكثر)

- ما إذا كان مقدم الرعاية الصحية الخاص بي حاليًا (طبيب، ممرضة، مركز صحي، غير ذلك) يقبل هذه الخطة أم لا
- إتاحة جميع مقدمي الرعاية الصحية (أطباء، ممرضات، مراكز صحية، غير ذلك) لي في الخطة
- تغطية الخطة للأدوية والعلاجات
- المزايا والخدمات الأخرى المطروحة في الخطة (عضوية في صالة الألعاب الرياضية، بطاقات هدايا، وغيرها)
- أي خطة تُعتبر "الأفضل" أو الأعلى تقييمًا من حيث الجودة
- تجربتي السابقة مع هذه الخطة الصحية
- ترشيحات الأصدقاء/ العائلة
- غير ذلك (يرجى التوضيح)

9. إذا كان في استطاعتك تغيير خطتك الصحية، هل ستقوم بتغييرها؟

نعم  لا

10. هل لديك شخص ما في الخطة الصحية الخاصة بك يساعدك في رعايتك؟

- نعم،  لا، لكنني أود الحصول على المساعدة  لا، أنا لا أحتاج للمساعدة  لست متأكدًا/ لا أعلم
- غير ذلك (يرجى التوضيح)

11. ما هو أكثر شيء تحتاجه لمساعدة فيه للبقاء بصحة جيدة؟ (اختر إجابة واحدة أو أكثر)

- العثور على مقدم رعاية صحية (طبيب، ممرضة، مركز صحي، غير ذلك)
- الحصول على موعد
- تحديد موعد
- الانتقال إلى مقر مقدم الرعاية الصحية الخاص بي (طبيب، ممرضة، مركز صحي، غير ذلك)
- خدمات الترجمة الفورية
- الحصول على أدوية
- الحصول على خدمة رعاية الأسنان
- المساعدة في الطعام أو الإسكان
- المساعدة في إساءة استخدام المخدرات أو الكحوليات
- المساعدة في مشكلة القلق أو الاكتئاب أو أي من المشاكل الانفعالية الأخرى
- (تابع في الصفحة التالية)

- المساعدة في التعامل مع مرض السُّكَّرِيِّ أو مرض القلب أو الظروف الصحية الأخرى
- المساعدة بشأن الخدمات طويلة الأجل، والرعاية المنزلية
- السماعات الطبية أو النظارات أو غيرها من الأجهزة/ المستلزمات الطبية
- غير ذلك (يرجى التوضيح)

لا شيء مما سبق

**12. إذا كنت تحتاج للمساعدة، فمن يساعدك أكثر من غيره فيما يتعلق بصحتك/ رعايتك الصحية؟**

- مقدم الرعاية الصحية الخاص بي/ الطاقم المتوفر في مقر مقدم الرعاية الصحية الخاص بي (طبيب، ممرضة، مركز صحي، غير ذلك)
- ممرضة في القطاع الطبي للرعاية المنزلية أو مساعد أو مقدم خدمات آخر
- شخص ما ضمن الخطة الصحية الخاصة بي
- صديق أو أحد أفراد الأسرة
- ليس لدي من يساعدني/ أتولى إدارة شؤوني بنفسني
- لا أحتاج للمساعدة
- غير ذلك (يرجى التوضيح)

**13. خلال الـ 6 أشهر الماضية، هل تم احتجازك للمبيت في المستشفى كمريض؟**

- نعم
- لا
- لست متأكدًا/ لا أعلم

**14. هل أعطيت لك تعليمات بشأن كيفية الاعتناء بنفسك بعد الخروج من المستشفى والذهاب للمنزل؟**

- نعم، فهمت ما يجب فعله
- تلقيتُ التعليمات، لكنني لم أفهمها
- لا، لم أتلِق تعليمات قبل الذهاب للمنزل
- غير ذلك (يرجى التوضيح)

**15. خلال الـ 6 أشهر الماضية، هل ذهبت لغرفة الطوارئ لرعايتك الصحية؟**

- نعم
- لا
- لست متأكدًا/ لا أعلم
- غير ذلك (يرجى التحديد)

رجاءً أخبرنا إلى أي مدى توافق أو لا توافق على العبارات المذكورة أدناه:

أوافق تماماً	أوافق	مُحايد/ ليس لدي رأي	لا أوافق	لا أوافق على الإطلاق
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
تساعدني الخطة الصحية الخاصة بي ومقدمو الرعاية الصحية (الأطباء، الممرضات، المركز الصحي، غيرهم) ومقدمو الرعاية على البقاء بصحة جيدة.				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
الخطة الصحية الخاصة بي ومقدمو الرعاية الصحية (الأطباء، الممرضات، المركز الصحي، غيرهم) ومقدمو الرعاية الآخرين يستمعون إليّ عندما أتحدث عن احتياجاتي المتعلقة بالرعاية الصحية.				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
تستغرق الخطة الصحية الخاصة بي ومقدمو الرعاية الصحية (الأطباء والممرضات والمركز الصحي وغيرهم) ومقدمو الرعاية الآخرين الوقت المطلوب لفهم أهدافي الشخصية/ وضعي الشخصي.				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
أعلم كيف أحصل على المساعدة/ المعلومات الخاصة بصحتي عندما أحتاجها.				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
أشعر بأنني أتحكم في صحتي/ رعايتي.				

شكراً لك على مشاركة رأيك مع برنامج (Rhode Island Medicaid).

يرجى إرسال الاستبيان بعد استكمالها عن طريق البريد إلى:

RI Executive Office of Health & Human Services  
Managed Care Unit  
3 West Road  
Cranston, RI 02920

أو إرسال الاستبيان بعد استكمالها عبر البريد الإلكتروني إلى [ohhs.mcooversight@ohhs.ri.gov](mailto:ohhs.mcooversight@ohhs.ri.gov)

تتوفر خدمات المساعدة اللغوية دون مقابل. اتصل بالرقم 1-844-602-3469 (الهاتف النصي لضعاف السمع TTY: 711).