

저희 기관의 서비스 개선을 위해 몇 가지 질문에 답변해 주세요. 답변은 기밀로 유지되며 귀하가 받을 현재 또는 미래의 서비스에 영  
미치지 않습니다.

아래의 각 설문 조사 항목에 대해 귀하의 선택에  
해당하는 원을 채워주세요.

원을 완전히 채워주세요.



옳은



틀렸다



전 혀 아 니 함	보 통 이 함	중 립 적 이 함	보 통 이 하 지 아 니 함	전 혀 보 통 이 하 지 아 니 함	해 당 사 항 없 음
-----------------------	------------------	-----------------------	--------------------------------------	--	----------------------------

최근 6개월을 기준으로 다음 질문에 답변해 주세요. 또는 최근 6개월 동안 서비스를 받지 않은 경우 지금까지 받은 서비스를 기준으로  
답변하시기 바랍니다. 다음 각 문항을 읽고, 전혀 아님, 아님, 모르겠음, 그러함, 매우 그러함 중 해당되는 답변을 선택하세요. 질문이  
본인이 경험하지 않은 것에 관한 것이라면 '해당 항목 없음'을 선택해서 해당 항목이 적용되지 않는다고 알려 주세요.

<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					

1. 전반적으로 내가 받은 서비스에 만족함.
2. 스스로 서비스를 선택했음.
3. 본인 치료 목표 선택에 기여함.

<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					

4. 도움을 준 사람들이 어떤 상황에서도 곁을 지키고 있었음.
5. 문제가 생겼을 때 이야기를 나눌 누군가가 있다고 느꼈음.
6. 본인 치료에 참여함.

<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					

7. 제공된 서비스가 잘 맞았음.
8. 서비스를 받는 위치가 편리했음.
9. 편리한 시간에 서비스를 이용할 수 있었음.

<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					

10. 원했던 도움을 받았음.
11. 필요한 만큼 충분한 도움을 받았음.
12. 직원들은 나를 존중했음.

<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					

13. 직원들은 내 가족의 종교적/영적 믿음을 존중했음.
14. 직원들은 내가 이해하는 방식으로 나와 대화를 나눴음.
15. 직원들은 나의 문화적/민족적 배경에 주의를 기울였음.

<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					

**제공받은 서비스의 직접적인 결과:**

16. 일상 생활을 더 잘함.
17. 가족과 더 잘 지냄.
18. 친구 등 다른 사람들과 더 잘 지냄.

<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					

19. 학교 및/또는 직장 생활을 더 잘함.
20. 일이 잘못되었을 때 더 잘 대처할 수 있음.
21. 현재 가정 생활에 만족함.
22. 하고 싶은 일들을 더 잘할 수 있음.

<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					

다음 4개 질문에 대해서는 귀하의 정신 건강 서비스 제공자 이외의 사람과의 관계에 대해 답변해 주세요.

**제공받은 서비스의 직접적인 결과:**

23. 이야기를 나눠야 할 때 내 이야기를 들어 주고 이해해 줄 사람들을 알고 있음.
24. 내 문제에 대해 편안하게 이야기할 수 있는 사람들이 있음.
25. 위기 상황에서 가족이나 친구들로부터 필요한 지원을 받을 것임.
26. 즐거운 일을 함께 할 수 있는 사람들이 있음.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number  
\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



27. 지난 6개월 동안 받은 서비스에서 가장 도움이 된 것은 무엇인가요?

28. 어떻게 하면 본 기관의 서비스를 개선할 수 있을까요?

29. 여기에 의견을 적어 주세요. 긍정적이거나 부정적인 피드백 모두 환영합니다.



**어떻게 지내시는지 파악할 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.**

1. 최근 6개월 동안 다음 장소에 거주한 적이 있나요?

- 부모 또는 부모 중 한 명과 함께
- 다른 가족과 함께
- 위탁 가정
- 치료 위탁 가정
- 위기 보호소

- 노숙자 쉼터
- 그룹홈
- 거주 치료 센터
- 병원
- 지역의 교도소 또는 구류 시설

- 국가 교정 시설
- 가출/노숙/거리
- 기타

2. 작년에 건강 검진을 받거나, 질병으로 인해 의사(또는 간호사)를 만난 적이 있나요?

- 예, 진료소나 진료실에서     예, 병원이나 응급실에서만     아니오     기억나지 않음

3. 정서적/행동적 문제로 약물 치료를 받고 있나요?

- 예     아니오

A. '예'라고 답한 경우, 의사나 간호사가 어떤 부작용을 조심해야 하는지 알려 주었나요?

- 예     아니오

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number  
\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



4. 본 기관에서 자녀가 서비스를 받은 기간이 대략 얼마나 되나요?
- 오늘 처음 방문함
  - 두 번 이상 방문했지만, 서비스를 받은 기간은 한 달 미만임
  - 1~2개월
  - 3~5개월
  - 6개월~1년
  - 1년 이상

 <b>여기에서 서비스를받은 지 1 년이되지 않았습니다.</b>	 <b>여기에서 1 년 이상 서비스를 받았습니다.</b>
<p>5. 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>6. 그전 12개월 동안 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>7. 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 경찰과 만난 횟수가...</p> <p><input type="radio"/> 해당 사항 없음 (올해 또는 작년에 경찰과 만난 적이 없음)</p> <p><input type="radio"/> 줄었음줄었음 *    <input type="radio"/> 전과 동일    <input type="radio"/> 증가</p> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>* (예를 들어 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기프로그램으로 데려가지 않았음)</p> </div> <p>8. 서비스를 받기 시작한 이후에 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>9. 서비스를 시작하기 전 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적 <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>10. 서비스를 받기 시작한 이후, 학교에 있었던 일수는:</p> <p><input type="radio"/> 해당 항목 없음</p> <p><input type="radio"/> 증가    <input type="radio"/> 거의 동일    <input type="radio"/> 감소</p> <p style="text-align: center;"><u>해당 항목이 없는 경우 해당되지 않는 이유를 선택해 주세요</u></p> <p><input type="radio"/> 서비스 시작 전에 출석에 문제가 없었음</p> <p><input type="radio"/> 학교에서 퇴학 당함</p> <p><input type="radio"/> 홈 스쿨링 중</p> <p><input type="radio"/> 학교를 그만둠</p> <p><input type="radio"/> 기타</p>	<p>11. 지난 12개월 동안 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>12. 그전 12개월 동안 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>13. 작년 한 해 동안 경찰과의 만남이...</p> <p><input type="radio"/> 해당 사항 없음 (올해 또는 작년에 경찰과 만난 적이 없음)</p> <p><input type="radio"/> 줄었음 *    <input type="radio"/> 전과 동일    <input type="radio"/> 증가</p> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>* (예를 들어 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기프로그램으로 데려가지 않았음)</p> </div> <p>14. 최근 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>15. 서비스를 시작하기 전 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>16. 작년 한 해 동안 학교에 있었던 일수는:</p> <p><input type="radio"/> 해당 항목 없음</p> <p><input type="radio"/> 증가    <input type="radio"/> 거의 동일    <input type="radio"/> 감소</p> <p style="text-align: center;"><u>해당 항목이 없는 경우 해당되지 않는 이유를 선택해 주세요</u></p> <p><input type="radio"/> 서비스 시작 전에 출석에 문제가 없었음</p> <p><input type="radio"/> 학교에서 퇴학 당함</p> <p><input type="radio"/> 홈 스쿨링 중</p> <p><input type="radio"/> 학교를 그만둠</p> <p><input type="radio"/> 기타</p>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number  
 \*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



본인에 대해 저희가 좀 더 잘 파악할 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

17. 성별은 무엇인가요?       여자     남자     기타
18. 멕시코/히스패닉/남아메리카 출신인가요?       예     아니오     알 수 없음
19. 인종은 무엇인가요?  
 아메리카 원주민/알래스카 원주민       아메리카 원주민/기타 태평양 섬 주민       알 수 없음  
 아시아인       백인  
 흑인/아프리카계 미국인       기타
20. 생년월일이 언제인가요?  
 [월 /일 /년]  
  /   /
21. Medi-Cal(Medicaid) 보험이 있나요?       예     아니오
22. 선호하시는 언어로 서비스를 받으셨나요?       예     아니오
23. 선호하시는 언어로 정보(예: 이용 가능한 서비스, 소비자로서의 권리 및 정신 건강 교육 자료를 설명하는 브로슈어)가 제공되었나?       예     아니오
24. 본 설문조사의 일부라도 작성을 도와준 사람이 있다면 알려 주세요:  
 도움이 필요 없었음       전문 면담자가 도와줌  
 정신 건강 전문가/자원봉사자가 도와줌       임상/케이스 매니저가 도와줌  
 다른 참여자가 도와줌       임상이나 케이스 매니저 이외의 직원이 도와줌  
 가족이 도와줌       기타 다른 사람이 도와줌 누가 도움을 주었나요

**시간을내어이 질문에 답 해주셔서 감사합니다!**

**FOR OFFICE USE ONLY:**

**REQUIRED Information:**

County Code:

**Date of Survey Administration:**

/   /

**Reason (if applicable):**

Ref     Imp     Lan     Oth

**Optional County Questions:**

**County Question #1 (mark only ONE bubble):**

01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**County Question #2 (mark only ONE bubble):**

01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**County Question #3 (mark only ONE bubble):**

01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  
 11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

**County Reporting Unit:**

CSI County Client Number  
 \*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

