



# YOUTH SERVICES SURVEY FOR YOUTH Spring 2022

KHMER

សូមជួយទីភ្នាក់ងាររបស់យើងដើម្បីឱ្យសេវាប្រសើរឡើងដោយឆ្លើយសំណួរមួយចំនួន។ ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងទុកជាការសម្ងាត់ ហើយនឹងមិនមានឥទ្ធិពលលើសេវាកម្មបច្ចុប្បន្ន អនាគតនៃលក្ខណៈឬកូនរបស់អ្នកទទួលបានឡើយ។

សម្រាប់ ធាតុស្នាក់នៅ មតិយោបល់ខាងក្រោម សូមបំពេញ ៧ ថ្ងៃ ទៅ ៣០ ថ្ងៃ មុន ថ្ងៃ ប្រើប្រាស់ ។  
មតិយោបល់ខាងក្រោម ត្រូវបាន រៀបចំ ឡើង ដើម្បី ជួយ ដល់ ការ កែលម្អ ។

សូមបំពេញ ៧ ថ្ងៃ ទៅ ៣០ ថ្ងៃ មុន ថ្ងៃ ប្រើប្រាស់ ។



ត្រី មត្រី ១

មិន ត្រី មត្រី ១



យល់ព្រមខ្លាំង
យល់ព្រម
មិនយល់ព្រម
មិនយល់ព្រមខ្លាំង
មិនពាក់ព័ន្ធ

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមដោយផ្អែកលើសេវាកម្ម រយៈពេល ៦ ខែ ចុងក្រោយនេះ ឬ ប្រសិនបើសេវាកម្មមិន ត្រូវបាន ទទួលបាន រយៈពេល ៦ ខែ មកហើយ អ្នកគ្រាន់តែផ្តល់ចម្លើយដោយផ្អែកលើសេវាកម្មដែលបានទទួល ហូតមកដល់ពេលនេះ បានហើយ។ សូមចង្អុល ល្អប្រសើរ ថា កើត អ្នក មិនយល់ព្រម បង្កាច់ ឬ មិនទាន់សម្រេច ចិត្ត យល់ព្រម ឬ យល់ព្រម បង្កាច់ ឬ ចំពោះ ការ អះអាង មតិយោបល់ខាងក្រោម ។ ប្រសិនបើសំណួរ ទាក់ទងនឹងអ្វី មួយដែល អ្នក ឬកូន របស់អ្នក មិនបាន ជួបប្រទះ សូមជ្រើសយកចម្លើយ មិនពាក់ព័ន្ធ ដើម្បី បង្ហាញ ថា សំណួរ នេះ មិនពាក់ព័ន្ធចំពោះ អ្នក ។

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. ផ្ទះ ម ខ្ពស់ ពេញចិត្តនឹង សេវាកម្ម ម្តង ល្អ បាន ទទួល។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. ខ្ញុំ បាន ជួយជ្រើស រើស សេវាកម្ម របស់ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. ខ្ញុំ បាន ជួយជ្រើស រើស សេវាកម្ម ផ្សេងទៀត របស់ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. មនុស្សដែល ជួយខ្ញុំ បាន នៅជាប់ និងខ្ញុំ មិនមាន បញ្ហាអ្វី ក៏ដោយ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាខ្ញុំ មាន អ្នក ណាម្នាក់ និយាយ ជាមួយ នៅពេល ខ្ញុំ មាន បញ្ហា។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. ខ្ញុំ បាន ចូលរួម ក្នុង ការ ព្យាបាល ដោយខ្លួន ឯង។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវាកម្ម ម្តង ល្អ ត្រឹមត្រូវ រយៈពេល ខ្លី ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. ទីកន្លែង ដែល សេវាកម្ម មាន ភាព ងាយស្រួល សម្រាប់ ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. សេវាកម្ម មាន នៅតាម ពេលវេលា ដែល ងាយស្រួល សម្រាប់ ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន ជំនួយ ល្អ ចំពោះ ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. ខ្ញុំ ទទួលបាន ជំនួយ ឥតគិតថ្លៃ ដែល ត្រូវ ការ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. បុគ្គលិក បាន ប្រព្រឹត្តិ ចំពោះ ខ្ញុំ ដោយ ការ គោរព ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. បុគ្គលិក បាន គោរព ព័ន្ធនៃ វិញ្ញាណ និង សាសនា របស់ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. បុគ្គលិក បាន និយាយ ជាមួយ ខ្ញុំ តាម របៀប ដែល ល្អ យល់។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. បុគ្គលិក កុំយល់ព័ន្ធនៃ ការ ប្តូរ មតិយោបល់ របស់ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>ជាលទ្ធផល លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម ម្តង ល្អ បាន ទទួល:</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. ខ្ញុំ កាន់ តែ ប្រសើរ ក្នុង ការ ដោះស្រាយ បញ្ហា វិញ្ញាណ ច្រើន ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. ខ្ញុំ មាន ទំនាក់ទំនង មួយសម្រាប់ កម្រិត សារ កាន់ តែ ប្រសើរ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. ខ្ញុំ មាន ទំនាក់ទំនង កាន់ តែ ប្រសើរ ជាមួយ មិត្តភក្តិ និង មនុស្ស ទៀត ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. ខ្ញុំ កំពុង សម្រេច បាន លទ្ធផល លក់ តែ ប្រសើរ នៅក្នុង សាលា និង/ឬ នៅកន្លែង ការងារ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. ខ្ញុំ អាច ទប់ទល់ ដោះស្រាយ បាន កាន់ តែ ប្រសើរ នៅពេល មាន បញ្ហា កើត ឡើង ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. ខ្ញុំ ពេញចិត្តនឹង ដំណើរការ សារ របស់ខ្ញុំ នាពេល ឆ្លង ទ្វារ នេះ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. ខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿង ដែល ល្អ ចំពោះ បាន ប្រសើរ ជាង មុន។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>សំរាប់ សំណួរ ចំនួន បួន បន្ទាប់ សូមឆ្លើយ សំរាប់ ទំនាក់ទំនង ជាមួយ បុគ្គល ដែល ក្រៅពី អ្នក ផ្តល់ សេវាកម្ម ខណៈ រដ្ឋ វិចិត្រ របស់អ្នក ។</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>ជាលទ្ធផល លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម ម្តង ល្អ បាន ទទួល:</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. ខ្ញុំ ស្គាល់ មនុស្ស ដែល នឹង ស្តាប់ និង យល់ ចិត្ត នៅពេល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ និយាយ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24. ខ្ញុំ មាន មនុស្ស ដែល ល្អ ល្អ និយាយ ជាមួយ អំពី បញ្ហា របស់ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. នៅពេល មាន វិបត្តិ ខ្ញុំ នឹងមាន ការ គាំទ្រ ដែល ល្អ ត្រូវ ការ ពី គ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែល ល្អ អាច ធ្វើ រឿង អវិកល ជាមួយ បាន ។

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

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

53542



27. តើ អ្វី ដែល លជាឿ មាន ប្រយោជន៍បំផុតអំពីសេវាកម្ម ម្តង លម្អិត បាន ទទួលបាន អរ យ: ពេល 6 ខែ ចុងក្រោយ នេះ ?

28. តើ មាន អ្វី ដែល លនឹងធ្វើ ឱ្យសេវាកម្ម ម្តងនេះ បាន ប្រសើរ ឡើង?

29. សូមផ្តល់ យោបល់នៅទីនេះ ។ យើងចាប់ អារម្មណ៍ ទាំង មតិកិច្ចបរិច្ឆេទ និង អវិជ្ជមាន ។

**👉 សូមឆ្លើយ យស្តី ដូចតទៅនេះ: ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹងថាតើ អ្នក សុខសប្បាយ ដែរ រឺទេ ។**

1. តើ អ្នក បាន រស់នៅកន្លែង ណាមួយ ដូចតទៅនេះ: ក្នុង អរ យ: ពេល 6 ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> ជាមួយឪពុក ឬ ម្តាយម្នាក់ ឬ ទាំងពីរនាក់ | <input type="radio"/> ទីជម្រកសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង   | <input type="radio"/> មណ្ឌលអប់រំកែប្រែរបស់រដ្ឋ               |
| <input type="radio"/> ជាមួយសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត            | <input type="radio"/> ផ្ទះសម្រាប់ក្រុមមនុស្សមានវិបត្តិ   | <input type="radio"/> រកចេញផ្ទះ/គ្មានផ្ទះសំបែង/រស់នៅតាមផ្លូវ |
| <input type="radio"/> មណ្ឌលកុមារកំព្រា                      | <input type="radio"/> មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា               | <input type="radio"/> ផ្សេងទៀត                               |
| <input type="radio"/> មណ្ឌលព្យាបាលកុមារកំព្រា               | <input type="radio"/> មន្ទីរពេទ្យ                        |  |
| <input type="radio"/> ទីជម្រកសម្រាប់អ្នកមានវិបត្តិ          | <input type="radio"/> ពន្ធនាគារក្នុងមូលដ្ឋានឬកន្លែងយុវជន |  |

2. កាល ពីឆ្នាំ មុន តើ អ្នក បាន ជួបគ្រូ ពេទ្យ (ឬគិលានុ បង្ហាញ ភា) ដើម្បី ពិនិត្យសុខភាព ឬក៏ដោយសារ អ្នក ឈឺឬទេ ?

- បានជួប នៅក្នុងគ្លីនិក ឬ ការិយាល័យ  បានជួប ប៉ុន្តែមានកែនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ បន្ទប់សង្គ្រោះ/បន្ទាន់ប៉ុណ្ណោះ  អត់មានទេ  មិនបានចាំទេ

3. តើ អ្នក មាន កំពុងប្រើ ថ្នាំ សម្រាប់ បញ្ហាអារម្មណ៍ / អាកប្បកិរិយា ដែរ រឺ ឬទេ ?

- មាន  អត់មានទេ

A. បើ មាន មែន តើ គ្រូ ពេទ្យ ឬ គិលានុ បង្ហាញ ភាបាន ប្រាប់ អ្នក និង/ឬ កូន របស់អ្នក នូវ ផលប៉ះពាល់ បន្ទាប់ ឡើ អ្វី ខ្លះ ដែលអ្នក និង/ឬ កូន របស់អ្នក គួរ យកចិត្តទុកដាក់ ?


- មាន  អត់មានទេ


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

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



4. តាម ការ ប៉ាន់ វាយ តម្លៃ អ្នក បាន ទទួលសេវា នៅទី នេះ រយៈ ពេល ប៉ុន្មាន ហើយ ?
- នេះជាការចូលរួមបំពេញតួនាទីជាមួយគ្រូពេទ្យលើកដំបូងរបស់ខ្ញុំនៅទីនេះ។
  - ខ្ញុំបានចូលរួមបំពេញតួនាទីជាមួយគ្រូពេទ្យច្រើនជាងមួយលើក ប៉ុន្តែខ្ញុំបានទទួលសេវាមិនទាន់បានមួយខែនៅឡើយទេ។
  - 1-2 ខែ
  - 3-5 ខែ
  - 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
  - ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ

 ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវា ភ្នាក់ងារ មុននៅទី នេះ តិចជាង ១ ឆ្នាំ ។

 ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវា ភ្នាក់ងារ មុននៅទី នេះ រយៈ ពេល ១ ឆ្នាំ ឬច្រើនជាង នេះ ។

5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ គា់ ដំបូង ចាប់ ផ្ដើម មន្ទីរពេទ្យសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ?  មាន  អត់មានទេ
6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ
7. ចាប់ គា់ ដំបូង របស់អ្នក ចាប់ ផ្ដើម មន្ទីរពេទ្យសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ ប៉ូលីស របស់ពួកគេ ...  មិនពាក់ព័ន្ធ  
(ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ ប៉ូលីសនៅផ្ទះ នេះ ឬ ផ្ទះ មុននោះ ទេ)  
 ត្រូវបានកាត់បន្ថយ \*  នៅដដែល  បានកើនឡើង
- \* (ឧទាហរណ៍ មន្ទីរពេទ្យសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នៅដោយ ប៉ូលីស ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយ កម្មវិធី វិវត្ត ណាមួយ)
8. តើ អ្នក ត្រូវ បាន គេ បណ្ដេញ ចេញពីសាលា ឬ ការងារ ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ការងារ ឬ ការសិក្សា ចាប់ គា់ ដំបូង ចាប់ ផ្ដើម មន្ទីរពេទ្យសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ឬ ទេ ?  មាន  អត់មានទេ
9. តើ អ្នក ត្រូវ បាន គេ បណ្ដេញ ចេញពីសាលា ឬ ការងារ ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ការងារ ឬ ការសិក្សា ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ដែរ ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ
10. ចាប់ គា់ ដំបូង ចាប់ ផ្ដើម មន្ទីរពេទ្យសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ចំនួន ថ្ងៃ ដែល អ្នក ចូលរៀន គឺ៖  មិនពាក់ព័ន្ធ  ច្រើនជាង  ប្រហែលដូចគ្នា  តិចជាង

11. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ
12. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ
13. ចាប់ គា់ ដំបូង របស់អ្នក ចាប់ ផ្ដើម មន្ទីរពេទ្យសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្តតើ អ្នក មាន ជួបជាមួយ ប៉ូលីសទេ ...  មិនពាក់ព័ន្ធ  
(ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ ប៉ូលីសនៅផ្ទះ នេះ ឬ ផ្ទះ មុននោះ ទេ)  
 ត្រូវបានកាត់បន្ថយ \*  នៅដដែល  បានកើនឡើង
- \* (ឧទាហរណ៍ មន្ទីរពេទ្យសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នៅដោយ ប៉ូលីស ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយ កម្មវិធី វិវត្ត ណាមួយ)
14. តើ អ្នក ត្រូវ បាន បណ្ដេញ ចេញពីការងារ ឬ សាលា ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ការងារ ឬ ការសិក្សា ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ ចុងក្រោយ នេះ ដែរ ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ
15. តើ អ្នក ត្រូវ បាន គេ បណ្ដេញ ចេញពីសាលា ឬ ការងារ ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ការងារ ឬ ការសិក្សា ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ដែរ ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ
16. ក្នុង រយៈ ពេល មួយឆ្នាំ កន្លង ទៅនេះ ចំនួន ថ្ងៃ ដែល អ្នក ចូលរៀន គឺ៖  មិនពាក់ព័ន្ធ  ច្រើនជាង  ប្រហែលដូចគ្នា  តិចជាង

ប្រសិនបើ មិនពាក់ព័ន្ធ សូមជ្រើសយកមួយលំដាប់ ដូចខាងក្រោម ៖

- ខ្ញុំមិនមានបញ្ហាជាមួយនឹងវត្តមាន មុនពេលចាប់ផ្ដើមមន្ទីរពេទ្យសេវាភ្នាក់ងារ
- ខ្ញុំត្រូវបានគេបណ្ដេញចេញពីសាលារៀន
- ខ្ញុំទទួលបានការសិក្សានៅផ្ទះ
- ខ្ញុំបានឈប់រៀន
- ផ្សេងទៀត

ប្រសិនបើ មិនពាក់ព័ន្ធ សូមជ្រើសយកមួយលំដាប់ ដូចខាងក្រោម ៖

- ខ្ញុំមិនមានបញ្ហាជាមួយនឹងវត្តមាន មុនពេលចាប់ផ្ដើមមន្ទីរពេទ្យសេវាភ្នាក់ងារ
- ខ្ញុំត្រូវបានគេបណ្ដេញចេញពីសាលារៀន
- ខ្ញុំទទួលបានការសិក្សានៅផ្ទះ
- ខ្ញុំបានឈប់រៀន
- ផ្សេងទៀត

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

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

53542





**សូមស្នើ យសំណួរ ខាង ក្រោម នេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹង អំពី អ្វី ដែល យើង ធ្លាប់ ធ្វើ កាន់ តែ ច្បាស់ ។**

17. តើ អ្នក មាន ភេទ អ្វី ?  ស្រី  ប្រុស  ផ្សេងទៀត
18. តើ អ្នក មាន ដើមកំណើត កម្ពុជា/អូស្ត្រាលី/អាមេរិក/អាមេរិក ឥណ្ឌូចិន ?  មាន  អត់មានទេ  មិនដឹងទេ
19. តើ អ្នក ជា ពូជសាសន៍ អ្វី ? (សូម គូសសម្គាល់ គ្រប់ ចម្លើយ ដែល លាក់ ព័ន្ធ )  មិនដឹងទេ
- ដើមកំណើត កម្ពុជា ឬ អាស្ត្រាលី/អាមេរិក  ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅនៃនេះកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត
  - អាស៊ី  ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស
  - ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ  ផ្សេងទៀត
20. តើ អ្នក កើតនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា ?
- [ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ]
- |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
21. តើ អ្នក មាន ការ ធានារ៉ាប់រង Medi-Cal (Medicaid) ដែរ ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ
22. តើ សេវាកម្ម មួយ លម្អិត បាន ទទួលបាន ត្រូវ បាន ផ្តល់ ជាកាសាដែ លម្អិត ចង់បាន ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ
23. តើ ព័ត៌មាន ជាលាយ លក្ខណ៍ អក្សរ (ឧទាហរណ៍ ខិត្តបញ្ជី លេខ លេខ បរិសេវាកម្ម មួយ លម្អិត អាច រកបាន សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម) អាច រកបាន ជាកាសាដែ លម្អិត ចង់បាន ដែរ ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ
24. សូម កំណត់ អត្តសញ្ញាណ អ្នក ដែល បាន ជួយ អ្នក បំពេញ ផ្នែក ណាមួយ នៃ ការ ស្ទង់ មតិ នេះ (គូសសម្គាល់ ម្តង លើ គ្រប់ ចម្លើយ ដែល លាក់ ព័ន្ធ ):
- ខ្ញុំ មិន ត្រូវ ការ ជំនួយ ណាមួយ ទេ
  - អ្នកសម្ភាសន៍ ជំនាញ ម្នាក់ បាន ជួយ ខ្ញុំ
  - អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត/អ្នកគាំទ្រ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត បាន ជួយ ខ្ញុំ
  - គ្រូពេទ្យ ពិនិត្យ ជម្ងឺ ផ្លូវចិត្ត/អ្នកគ្រប់គ្រង ករណី របស់ ខ្ញុំ បាន ជួយ ខ្ញុំ
  - អ្នកប្រើប្រាស់ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ម្នាក់ ទៀត បាន ជួយ ខ្ញុំ
  - បុគ្គលិក ម្នាក់ ក្រៅ ពី គ្រូពេទ្យ ពិនិត្យ ជម្ងឺ ផ្លូវចិត្ត ឬ អ្នកគ្រប់គ្រង ករណី របស់ ខ្ញុំ បាន ជួយ ខ្ញុំ
  - សមាជិក គ្រួសារ ម្នាក់ បាន ជួយ ខ្ញុំ
  - មាន អ្នក ផ្សេង ជួយ ខ្ញុំ តើ ជា អ្នក ណា គេ ?

**សូមអរ គុណ ដែល បាន ចំណាយ ពេល ស្នើ យសំណួរ ទាំង នេះ !**

**FOR OFFICE USE ONLY:**

**REQUIRED Information:**

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

0	5	/			/	2	0	2	2
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

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.

