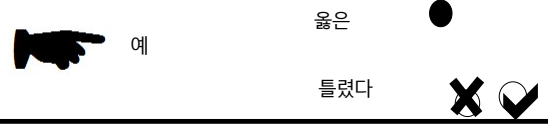


저희 기관의 서비스 개선을 위해 몇 가지 질문에 답변해 주세요. 답변은 기밀로 유지되며 귀하가 받은 현재 또는 미래의 서비스에 영향 미치지 않습니다.

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



전적으로 동의함	동의함	중립적임	동의하지 않음	전혀 동의하지 않음	해당사항없음
----------	-----	------	---------	------------	--------

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

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

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

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

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

제공받은 서비스의 직접적인 결과:

23. 이야기를 나눠야 할 때 내 이야기를 들어 주고 이해해 줄 사람들이 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.

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

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

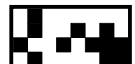
3. 정서적/행동적 문제로 약물 치료를 받고 있나요?

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



- 예 아니오
 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

 여기에서 서비스를받은 지 1 년이되지 않았습니다.	 여기에서 1 년 이상 서비스를 받았습니다.
<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> <p style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">* (예를 들어 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기프로그램으로 데려가지 않았음)</p> <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"/> 줄었음줄었음 * <input type="radio"/> 전과 동일 <input type="radio"/> 증가</p> <p style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">* (예를 들어 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기프로그램으로 데려가지 않았음)</p> <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 제공되었나요 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

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

CSI County Client Number
 Must be entered on EVERY page

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:

59730

