





សូមឆ្លើយ យល់ដឹង ខាងក្រោម ដោយផ្អែកលើ សេវាកម្ម ឬ យោបល់ លេខ ៦ ខែ ចុងក្រោយនេះ ឬ ប្រសិនបើ សេវាកម្ម ម្ចាស់ គ្រួសារ បាន ទទួលបាន យោបល់ លេខ ៦ ខែ មកហើយ អ្នកគ្រាន់តែ ផ្តល់ ចម្លើយ ដោយផ្អែកលើ សេវាកម្ម ម្ចាស់ ឬ លទ្ធផល របស់ អ្នក ក្នុង ពេលនេះ បាន ហើយ ឬ មិនបាន ឡើយ លើ ប្រធាន ត្រូវ អ្នក មិនយល់ បង្ហាញ ឯង មិនយល់ ឬ មិនទាន់ សម្រប ចិត្ត ឬ យល់ ឬ យល់ បង្ហាញ ឯង ចំពោះ ការ អះ អាង នីមួយៗ ខាងក្រោម ។

ប្រសិនបើ សំណួរ ទាក់ ទង នឹង អ្វី មួយ ដែល អ្នក ឬ កូន របស់ អ្នក មិនបាន ជួបប្រទះ សូម ជ្រើស យក ចម្លើយ មិនពាក់ព័ន្ធ ដើម្បី បង្ហាញ ថា សំណួរ នេះ មិនពាក់ព័ន្ធ ។

សម្រាប់ គ្រួសារ ម្នាក់ៗ ផ្សេងៗ ឯង របស់ អ្នក ម្ចាស់ គ្រួសារ
 មូលដ្ឋាន លើ គ្រួសារ រៀបរយ នៃ គ្រួសារ របស់ អ្នក ម្ចាស់
 លើ សេវាកម្ម ម្ចាស់ គ្រួសារ

សូម បំពេញ ប្រតិបត្តិ ៧ ដល់ ៩ ឯកសារ

ឧទាហរណ៍  ត្រឹម ត្រូវ ១ 
 មិន ត្រឹម ត្រូវ ១  

សូមឆ្លើយ យល់ដឹង ដូចតទៅនេះ ដោយផ្អែកលើ សេវាកម្ម ឬ យោបល់ លេខ ៦ ខែ ចុងក្រោយនេះ ឬ ប្រសិនបើ អ្នក មិនបាន ទទួលបាន សេវាកម្ម ម្ចាស់ យោបល់ លេខ ៦ ខែ មកហើយ អ្នកគ្រាន់តែ ផ្តល់ ចម្លើយ ដោយផ្អែកលើ សេវាកម្ម ម្ចាស់ ឬ លទ្ធផល របស់ អ្នក ក្នុង ពេលនេះ បាន ហើយ ឬ មិនបាន ឡើយ លើ ប្រធាន ត្រូវ អ្នក មិនយល់ បង្ហាញ ឯង មិនយល់ ឬ មិនទាន់ សម្រប ចិត្ត ឬ យល់ ឬ យល់ បង្ហាញ ឯង ចំពោះ ការ អះ អាង នីមួយៗ ខាងក្រោម ។

ប្រសិនបើ សំណួរ ទាក់ ទង នឹង អ្វី មួយ ដែល អ្នក ឬ កូន របស់ អ្នក មិនបាន ជួបប្រទះ សូម ជ្រើស យក ចម្លើយ មិនពាក់ព័ន្ធ ដើម្បី បង្ហាញ ថា សំណួរ នេះ មិនពាក់ព័ន្ធ ចំពោះ អ្នក ។

យល់ព្រមខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ	សំណួរ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. ឃ្នក ម ខ្ញុំ ពេញ ចិត្ត ថា សេវាកម្ម ម្ចាស់ លក្ខណៈ របស់ ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. ខ្ញុំ បាន ជួយ ជ្រើស រើស ការ អះ អាង របស់ ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. ខ្ញុំ បាន ជួយ ជ្រើស រើស គោល ដៅ ព្យាបាល របស់ ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. មនុស្ស ដែល ជួយ ខ្ញុំ នៅ ជម្ងឺ ជាមួយ យើង មិន ទាន់ បាន បញ្ជាក់ គំនិត ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា ខ្ញុំ មាន តម្លៃ ខ្ពស់ ឬ តម្លៃ ទាប បំផុត យើង ដោយ យល់ ព្រម ។
<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 កូន របស់ ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. សេវាកម្ម ម្ចាស់ លក្ខណៈ និង ប្រសិទ្ធភាព ខ្ពស់ បាន ទទួលបាន ត្រឹម ត្រូវ របស់ ខ្ញុំ យើង ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. ទីកន្លែង សេវាកម្ម មាន ភាព ងាយ ទៅ មក លម្អិត យើង ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. សេវាកម្ម ម្ចាស់ នៅ ក្នុង ពេល ល្ងាច ល្ងាច យើង យល់ ព្រម ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. គ្រួសារ របស់ ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន លទ្ធផល លើ ការ មិន បាន សម្រាប់ កូន របស់ ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. គ្រួសារ របស់ ខ្ញុំ ទទួលបាន ជំនួយ ចំពោះ ការ មិន បាន សម្រាប់ កូន របស់ ខ្ញុំ ។
<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 ជំនឿ ខាង វិញ្ញាណ និង សាសនា របស់ គ្រួសារ ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. បុគ្គលិក បាន និយាយ ជាមួយ យើង តាម របៀប ដែល យើង យល់ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. បុគ្គលិក កាលពី សារ ការ ប្រឆាំង មិន បាន ប្រកាន់ របស់ ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. កូន ខ្ញុំ ពូកែ ដោះស្រាយ បញ្ហា វិវាទ ប្រចាំ ថ្ងៃ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. កូន ខ្ញុំ មាន ទំនាក់ ទំនង ល្អ តែ ប្រសិនបើ ជាមួយ គ្រួសារ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. កូន ខ្ញុំ មាន ទំនាក់ ទំនង ល្អ តែ ប្រសិនបើ ជាមួយ មិត្ត ភ្នំ និង មនុស្ស ទៀត ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. កូន ខ្ញុំ កំពុង ទទួលបាន លទ្ធផល ល្អ ជាង មុន នៅ ក្នុង ការ ងារ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. កូន របស់ ខ្ញុំ អាច ទប់ទល់ ដោយ ងាយ បាន ប្រសិនបើ ជាមួយ មុន នៅ ពេល អ្វី មួយ មាន បញ្ហា ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. ខ្ញុំ ពេញ ចិត្ត ថា គ្រួសារ របស់ ខ្ញុំ នាពេល ខាងមុខ នេះ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. កូន ខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿង ល្អ បាន ប្រសិនបើ ជាមួយ មុន ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	សំរាប់ សំណួរ ចំនួន បន្តបន្ទាប់ សូមឆ្លើយ សំរាប់ ទំនាក់ ទំនង ជាមួយ បុគ្គលិក ដែល គ្រូ ឲ្យ អ្នក ផ្តល់ សេវាកម្ម ខ្នាត បង្គោល ចិត្ត របស់ អ្នក ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ជាមួយ លទ្ធផល លើ សេវាកម្ម ម្ចាស់ លក្ខណៈ និង ប្រសិទ្ធភាព របស់ ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. ខ្ញុំ ស្គាល់ មនុស្ស ដែល នឹង ក្លាយ ជា មិត្ត ល្អ នៅ ពេល 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 ជួយ គ្រួសារ យើង ជាមួយ យុទ្ធសាស្ត្រ របស់ ខ្ញុំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. នៅ ពេល មាន វិបត្តិ ខ្ញុំ នឹង មាន ការ គាំទ្រ ដែល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ ពី គ្រួសារ ឬ មិត្ត ភ្នំ ។
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែល អាច ធ្វើ រឿង ល្អ ជាមួយ យើង ។

CSI County Client Number
 Must be entered on EVERY page



27. តើ អ្វី ដែល លាញ់ មាន ប្រយោជន៍ បំផុត អំពី សេវា រ៉ាក ម៉ូដេ លម្អក និង កូន របស់ អ្នក បាន ទទួល បាន រយៈពេល ៦ ខែ ចុងក្រោយ នេះ ?

28. តើ មាន អ្វី ដែល លឿន ធ្វើ ឱ្យ សេវា រ៉ាក ម៉ូដេ នេះ បាន ប្រសើរ ឡើង ?

29. សូម ផ្តល់ យោបល់ នៅទី នេះ ។ យើង ចាប់ អារម្មណ៍ ទាំង មូលដ្ឋាន និង អវិជ្ជមាន ។

សូម ឆ្លើយ យល់ ល្អ ដូច តទៅ នេះ ដើម្បី ឱ្យ យើង ដឹង ពី របៀប ដែល លក្ខណៈ របស់ អ្នក កំពុង ធ្វើ ។

1. តើ បច្ចុប្បន្ន កូន របស់ អ្នក កំពុង រស់នៅ ជាមួយ អ្នក ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
2. តើ កូន របស់ អ្នក បាន រស់នៅ កន្លែង ណាមួយ ដូច តទៅ នេះ នៅក្នុង រយៈពេល ៧ ថ្ងៃ មួយ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ? (ជ្រើសរើស ទាំង អស់ ដែល អនុវត្ត)

<input type="radio"/> ជាមួយ ឪពុក ឬ ម្តាយ ម្នាក់ ឬ ទាំងពីរ នាក់	<input type="radio"/> ទីជម្រក សម្រាប់ អ្នក គ្មាន ផ្ទះ ស្បែក	<input type="radio"/> មណ្ឌល អប់រំ កែប្រែ របស់ រដ្ឋ
<input type="radio"/> ជាមួយ សមាជិក គ្រួសារ ផ្សេង ទៀត	<input type="radio"/> ផ្ទះ សម្រាប់ ក្រុម មនុស្ស មាន វិបត្តិ	<input type="radio"/> រត់ ចេញ ផ្ទះ / គ្មាន ផ្ទះ ស្បែក / រស់នៅ តាម ផ្លូវ
<input type="radio"/> មណ្ឌល កុមារ កំព្រា	<input type="radio"/> មណ្ឌល ស្តារ នីតិសម្បទា	<input type="radio"/> ផ្សេង ទៀត
<input type="radio"/> មណ្ឌល ព្យាបាល កុមារ កំព្រា	<input type="radio"/> មន្ទីរពេទ្យ	
<input type="radio"/> ទីជម្រក សម្រាប់ អ្នក មាន វិបត្តិ	<input type="radio"/> ពន្ធនាគារ ក្នុង មូលដ្ឋាន ឬ កន្លែង ឃុំ ឃាំង	
3. កាល ពី ម្សិល មុន តើ កូន របស់ អ្នក បាន ទៅ ជួប គ្រូ ពេទ្យ (ឬ គិលានុ បដ្ឋាយិកា) ដើម្បី ពិនិត្យ សុខភាព ឬ កំដៅ យោង គាត់ ឈឺ ទេ ?

<input type="radio"/> បាន ជួប នៅ ក្នុង គ្លីនិក ឬ ការិយាល័យ	<input type="radio"/> បាន ជួប ប៉ុន្តែ មាន តែ នៅ ក្នុង មន្ទីរពេទ្យ ឬ បន្ទប់ សង្រ្គោះ បន្ទាន់ ប៉ុណ្ណោះ	<input type="radio"/> អត់មានទេ	<input type="radio"/> មិន បាន ចាំទេ
--	--	--------------------------------	-------------------------------------
4. តើ កូន របស់ អ្នក មាន កំពុង ប្រើ ថ្នាំ សម្រាប់ បញ្ហា អារម្មណ៍ / អាកប្បកិរិយា ដែរ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
 - A. បើ មាន មែន តើ គ្រូ ពេទ្យ ឬ គិលានុ បដ្ឋាយិកា បាន ប្រាប់ អ្នក និង / ឬ កូន របស់ អ្នក នូវ ផលប៉ះពាល់ បន្ទាប់ នូវ អ្វី ខ្លះ ដែល អ្នក និង / ឬ កូន របស់ អ្នក គួរ យក ចិត្ត ទុក ដាក់ ? មាន អត់មានទេ

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



49018

5. តាមការ ប៉ាន់ស្មាន តើ កូន បង្កើត បាន ទទួលសេវាកម្ម ម្តេចនោះ នេះ យូរ ប៉ុណ្ណាហើយ យ?
- នេះជាការមកជួបពិនិត្យជាមួយគ្រូពេទ្យលើកដំបូងរបស់កូនខ្ញុំនៅទីនេះ។
 - កូនរបស់ខ្ញុំបានមកពិនិត្យជាមួយគ្រូពេទ្យច្រើនជាងមួយដង ប៉ុន្តែបានទទួលសេវាកម្ម មិនទាន់បានដល់មួយខែនៅឡើយទេ។
 - 1-2 ខែ
 - 3-5 ខែ
 - 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
 - ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ



ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវាកម្ម ម្តេចនោះ នេះ តិចជាង ១ ឆ្នាំ ។



ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវាកម្ម ម្តេចនោះ នេះ រយៈពេល ១ ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ។

6. តើ កូន បង្កើត ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ន ចាប់ កាំ ងពិចារណា ឆ្នើ មទទួលសេវាកម្ម ខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ដែរ រ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
7. តើ កូន បង្កើត ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ន ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
8. ចាប់ កាំ ងពិចារណា បង្កើត មទទួលសេវាកម្ម ខភាព ផ្លូវ ចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន បង្កើត គេ ...
- មិនពាក់ព័ន្ធ (ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន នៅឡើយ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ)
 - ត្រូវបានកាត់បន្ថយ * នៅដដែល បានកើនឡើង
- * (ឧទាហរណ៍ ដូចជា ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ន នៅដោយប៉ូលីស ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយ កម្មវិធី ជំនួយ ណាមួយ)
9. តើ កូន បង្កើត ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ន ចាប់ កាំ ងពិចារណា ឆ្នើ មទទួលសេវាកម្ម ខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ដែរ រ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
10. តើ កូន បង្កើត ត្រូវ បាន បណ្តេញ ចេញពី ការ ងារ ឬ សាលា ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ដែរ រ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
11. ចាប់ កាំ ងពិចារណា ឆ្នើ មទទួលសេវាកម្ម ចំនួន ថ្ងៃ ដែល លក្ខន្តិកៈ ចូលរៀន គឺ:
- មិនពាក់ព័ន្ធ
 - ច្រើនជាង ប្រហែលដូចគ្នា តិចជាង
- ប្រសិនបើ មិនពាក់ព័ន្ធ សូមជ្រើសយកមូលហេតុ ក្នុង លំដាប់ មិនពាក់ព័ន្ធ
- កុមារមិនមានបញ្ហាជាមួយនឹងវត្តមាន មុនពេលចាប់ផ្តើមទទួលសេវាកម្មទេ
 - កុមារនៅក្នុងពេលមិនអាចចូលរៀននៅសាលាបានទេ
 - កុមារត្រូវបានបណ្តេញចេញពីសាលា
 - កុមារត្រូវបានផ្តល់ការសិក្សានៅផ្ទះ
 - កុមារបានឈប់រៀន
 - ផ្សេងទៀត

12. តើ កូន បង្កើត ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ន ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ ចុងក្រោយនេះ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
13. តើ កូន បង្កើត ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ន ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
14. ក្នុង រយៈពេល មួយឆ្នាំ ចុងក្រោយនេះ តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ កូន បង្កើត ជាមួយ យុវជន ...
- មិនពាក់ព័ន្ធ (ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន នៅឡើយ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ)
 - ត្រូវបានកាត់បន្ថយ * នៅដដែល បានកើនឡើង
- * (ឧទាហរណ៍ ដូចជា ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ន នៅដោយប៉ូលីស ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយ កម្មវិធី ជំនួយ ណាមួយ)
15. តើ កូន បង្កើត ត្រូវ បាន បណ្តេញ ចេញពីការ ងារ ឬ សាលា ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ មុនឬទេ ? មាន អត់មានទេ
16. តើ កូន បង្កើត ត្រូវ បាន បណ្តេញ ចេញពីការ ងារ ឬ សាលា ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ដែរ រ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
17. ក្នុង រយៈពេល មួយឆ្នាំ កន្លង ទៅនេះ ចំនួន ថ្ងៃ ដែល លក្ខន្តិកៈ ចូលរៀន គឺ:
- មិនពាក់ព័ន្ធ
 - ច្រើនជាង ប្រហែលដូចគ្នា តិចជាង
- ប្រសិនបើ មិនពាក់ព័ន្ធ សូមជ្រើសយកមូលហេតុ ក្នុង លំដាប់ មិនពាក់ព័ន្ធ
- កុមារមិនមានបញ្ហាជាមួយនឹងវត្តមាន មុនពេលចាប់ផ្តើមទទួលសេវាកម្មទេ
 - កុមារនៅក្នុងពេលមិនអាចចូលរៀននៅសាលាបានទេ
 - កុមារត្រូវបានបណ្តេញចេញពីសាលា
 - កុមារត្រូវបានផ្តល់ការសិក្សានៅផ្ទះ
 - កុមារបានឈប់រៀន
 - ផ្សេងទៀត

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

CSI County Client Number
 Must be entered on EVERY page



**សូមស្នើ យល់ព្រម ដូចតទៅនេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹងបន្តិចបន្តួច
ក្នុងអំពីកូនរបស់អ្នក ។**

18. តើ អ្នក មាន ភេទ អ្វី ? ស្រី ប្រុស ផ្សេងទៀត
19. តើ ឪពុកម្តាយ រឺ បស់កុមារ មាន ដើមកំណើតជាជនជាតិ ម៉ិកស៊ិកូ/អេស្ប៉ាញ /អាមេរិកឡាទីន? មាន អត់មានទេ មិនដឹងទេ
20. តើ កូន របស់អ្នក ជាពូជសាសន៍អ្វី ? (ជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)
- (ជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត) ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត មិនដឹងទេ
- អាស៊ី ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស ផ្សេងទៀត
- ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ ផ្សេងទៀត
21. តើ កូន របស់អ្នក កើតនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា?
- [ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ]
- | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | | / | | | / | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
22. តើ កូន របស់អ្នក មាន ការ ធានារ៉ាប់រង Medi-Cal (Medicaid) ដែរ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
23. តើ សេវាកម្ម ម៉ូដែល លក្ខណៈ របស់អ្នក បាន ទទួលបាន រឺ បាន ផ្តល់ ជាភាសាដទៃ លក់ ពេញចិត្ត ឬ ទេ ? មាន អត់មានទេ
24. តើ ព័ត៌មាន ជាលាយ លក្ខណៈ អក្សរ (ឧទាហរណ៍ ខ្លីក្តី ឬ ល្អ ល្អ ល្អ បរិញ្ញាបត្រ អំពី សេវាកម្ម ម៉ូដែល លក្ខណៈ រឺ ក្នុង សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម) អាច រឺ ក្នុង ភាសាដទៃ លក្ខណៈ បាន ដែរ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
25. សូមកំណត់អត្តសញ្ញាណ អ្នក ដែល បាន ជួយ អ្នក បំពេញ ផ្នែក ណាមួយនៃ ការ សួរ មតិ ដូច្នោះ (គ្រួសារ ម្តាយ លើក្របខ័ណ្ឌ យ៉ែង ណាក់ ព័ន្ធ):
- | | |
|--|--|
| <p><input type="radio"/> ខ្ញុំមិនត្រូវការជួយណាមួយទេ។</p> <p><input type="radio"/> អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត/អ្នកគាំទ្រសុខភាពផ្លូវចិត្តបានជួយខ្ញុំ។</p> <p><input type="radio"/> អ្នកប្រើប្រាស់សុខភាពផ្លូវចិត្តម្នាក់ទៀតបានជួយខ្ញុំ។</p> <p><input type="radio"/> សមាជិកគ្រួសារខ្ញុំម្នាក់បានជួយខ្ញុំ។</p> | <p><input type="radio"/> អ្នកសម្ភាសន៍ជំនាញម្នាក់បានជួយខ្ញុំ។</p> <p><input type="radio"/> គ្រូពេទ្យពិនិត្យជម្ងឺផ្លូវចិត្ត/អ្នកគ្រប់គ្រងការឈឺរបស់ខ្ញុំបានជួយខ្ញុំ។</p> <p><input type="radio"/> បុគ្គលិកម្នាក់ក្រៅពីគ្រូពេទ្យពិនិត្យជម្ងឺផ្លូវចិត្ត ឬ អ្នកគ្រប់គ្រងការឈឺរបស់ខ្ញុំបានជួយខ្ញុំ។</p> <p><input type="radio"/> មានអ្នកផ្សេងៗបានជួយខ្ញុំ តើជាអ្នកណាខ្លះ?</p> |
|--|--|

សូមអរគុណដល់លក្ខណៈ លក្ខណៈ ចំណាយពេលវេលា លើស្នើ យល់ព្រម ទាំងនេះ !

FOR OFFICE USE ONLY:
REQUIRED Information:

County Code:

--	--

Date of Survey Administration:

0	5	/			/	2	0	2	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

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:

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