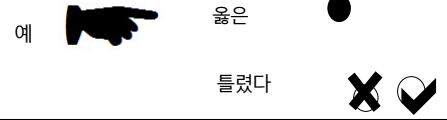


저희 기관의 서비스 개선을 위해 몇 가지 질문에 답변해 주세요. 답변은 기밀로 유지되며 귀하 또는 귀하의 자녀가 받을 현재 또는 미래의 서비스 영향을 미치지 않습니다.

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

동그라미를 완전히 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 자녀가 받은 서비스에 만족함.
2. 자녀의 서비스를 선택하는 것을 도왔음.
3. 자녀의 치료 목표를 선택하는 것을 도왔음.

<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. 우리 아이를 돕는 사람들은 어떤 상황에서도 곁을 지키고 있었음.
5. 아이에게 문제가 생겼을 때 아이가 이야기를 나눌 누군가가 있다고 느꼈음.
6. 자녀의 치료에 참여했음.

<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. 자녀 및/또는 가족이 받은 서비스가 우리에게 잘 맞았음.
8. 서비스를 받는 위치가 우리에게 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. 우리 가족은 우리 자녀에 대해 원했던 도움을 받았음.
11. 우리 가족은 우리 자녀에게 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 우리 가족의 종교적/영적 믿음을 존중했음.
14. 직원들은 내가 이해하는 방식으로 나와 대화를 나눴음.
15. 직원들은 나의 문화적/민족적 배경에 주의를 기울였음.

**자녀 및/또는 가족이 받은 서비스의 직접적인 결과:**

<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"/>

16. 아이가 일상 생활을 더 잘함.
17. 아이가 가족과 더 잘 지냄.
18. 아이가 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"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

**자녀 및/또는 가족이 받은 서비스의 직접적인 결과:**

<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"/>

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

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



27. 지난 6개월 동안 귀하와 자녀가 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.



**자녀가 어떻게 지내는지 알 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.**



- 1. 현재 자녀와 함께 살고 계신가요?                       예         아니오
  
- 2. 최근 6개월 동안 자녀가 다음 장소에 살았던 적이 있나요?                      (해당 항목에 모두 표시해 주세요.)
  - 부모 또는 부모 중 한 명과 함께                       노숙자 쉼터                       국가 교정 시설
  - 다른 가족과 함께     그룹홈     가출/노숙/거리
  - 위탁 가정     거주 치료 센터     기타
  - 치료 위탁 가정     병원
  - 위기 보호소     지역의 교도소 또는 구류 시설
  
- 3. 작년에 자녀가 건강 검진을 받거나 아프다는 이유로 의사(또는 간호사)를 만난 적이 있나요?  
 예, 진료소나 진료실에서         예, 병원이나 응급실에서만         아니오         기억나지 않음
  
- 4. 자녀가 정서적/행동적 문제로 약물 치료를 받고 있나요?     예         아니오  
    A. '예'라고 답하신 경우, 의사나 간호사가 귀하 및/또는 자녀에게 어떤 부작용이 있는지 알려 주었나요?     예         아니오

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

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



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

 <b>여기서 서비스를받은 지 1 년이되지 않았습니다.</b>	 <b>여기에서 1 년 이상 서비스를 받았습니다.</b>
<p>6. 자녀가 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 체포된 적이 있나요?     <input type="radio"/> 예     <input type="radio"/> 아니오</p> <p>7. 그전 12개월 동안에 자녀가 체포된 적이 있나요?     <input type="radio"/> 예     <input type="radio"/> 아니오</p> <p>8. 자녀가 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 경찰과 만나는 횟수가...</p> <p><input type="radio"/> 해당 사항 없음 (올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음)</p> <p><input type="radio"/> 줄었음줄었음 *     <input type="radio"/> 전과 동일     <input type="radio"/> 증가</p> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>* (예를 들어, 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기 프로그램으로 데려가지 않았음)</p> </div> <p>9. 자녀가 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 체포된 적이 있나요?     <input type="radio"/> 예     <input type="radio"/> 아니오</p> <p>10. 그전 12개월 동안에 자녀가 체포된 적이 있나요?     <input type="radio"/> 예     <input type="radio"/> 아니오</p> <p>11. 서비스를 받기 시작한 이후, 자녀가 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> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 서비스를 시작하기 전에 자녀의 출석에 문제가 없었음</li> <li><input type="radio"/> 자녀가 학교에 가기에는 너무 어렵</li> <li><input type="radio"/> 자녀가 학교에서 퇴학 처분을 받았음</li> <li><input type="radio"/> 자녀가 홈스쿨링 방식으로 공부하고 있음</li> <li><input type="radio"/> 자녀가 학교를 그만두었음</li> <li><input type="radio"/> 기타</li> </ul>	<p>12. 지난 12개월 동안 자녀가 체포된 적이 있나요?     <input type="radio"/> 예     <input type="radio"/> 아니오</p> <p>13. 그전 12개월 동안에 자녀가 체포된 적이 있나요?     <input type="radio"/> 예     <input type="radio"/> 아니오</p> <p>14. 작년 한 해 동안 자녀가 경찰과 만난 적이 있나요?</p> <p><input type="radio"/> 해당 사항 없음 (올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음)</p> <p><input type="radio"/> 줄었음줄었음 *     <input type="radio"/> 전과 동일     <input type="radio"/> 증가</p> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>* (예를 들어, 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기 프로그램으로 데려가지 않았음)</p> </div> <p>15. 지난 12개월 동안 자녀가 체포된 적이 있나요?     <input type="radio"/> 예     <input type="radio"/> 아니오</p> <p>16. 그전 12개월 동안에 자녀가 체포된 적이 있나요?     <input type="radio"/> 예     <input type="radio"/> 아니오</p> <p>17. 작년 한 해 동안 자녀가 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> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 서비스를 시작하기 전에 자녀의 출석에 문제가 없었음</li> <li><input type="radio"/> 자녀가 학교에 가기에는 너무 어렵</li> <li><input type="radio"/> 자녀가 학교에서 퇴학 처분을 받았음</li> <li><input type="radio"/> 자녀가 홈스쿨링 방식으로 공부하고 있음</li> <li><input type="radio"/> 자녀가 학교를 그만두었음</li> <li><input type="radio"/> 기타</li> </ul>

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

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



자녀에 대해 좀 더 알 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

18. 자녀의 성별은 무엇인가요?       여자       남자       기타
19. 아이의 부모 중에 멕시코/히스패닉/남아메리카 출신이 있나요?       예       아니오       알 수 없음
20. 자녀의 인종은 무엇인가요?      (해당 항목에 모두 표시해 주세요.)
- 아메리카 원주민/알래스카 원주민       아메리카 원주민/기타 태평양 섬 주민       알 수 없음
- 아시아인       백인
- 흑인/아프리카계 미국인       기타
21. 자녀의 생년월일은 언제인가요?
- [월 /일 /년]
- /   /
22. 자녀에게 Medi-Cal(Medicaid) 보험이 있나요?       예       아니오
23. 자녀가 받는 서비스는 자녀가 선호하는 언어로 제공되었나요?       예       아니오
24. 선호하시는 언어로 정보(예: 이용 가능한 서비스, 소비자로서의 권리 및 정신 건강 교육 자료를 설명하는 브로슈어)가 제공되었나요       예       아니오
25. 본 설문조사의 일부라도 작성을 도와준 사람이 있다면 알려 주세요(해당 항목 모두 표시).
- 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:**

22528

