

សូមជួយទិញកម្រិត ងារ របស់យើងធ្វើ ឲ្យសេវាប្រសើរឡើងដោយឆ្លើយសំណួរមួយចំនួន។ ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងទុកជាការសម្ងាត់ ហើយនឹងមិនមានគន្លឹះពលលើសេវាកម្ម ឬ ប្រព័ន្ធប្រព្រឹត្តិការណ៍ អនាគតនៃលក្ខណៈ ឬកូនរបស់អ្នកទទួលបានឡើយ។

៥១ ត្រីមាស ១ មិនត្រីមាស ១

ការសង្កេតមតិអ្នកប្រើប្រាស់កម្មវិធី MHSIP:

សូមឆ្លើយសំណួរដូចតទៅនេះ ដោយផ្អែកលើសេវាកម្ម រយៈពេល ៦ ខែ ចុងក្រោយនេះ ឬប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលសេវាកម្ម រយៈពេល ៦ ខែ មកហើយ អ្នកគ្រាន់តែផ្តល់ចម្លើយដោយផ្អែកលើសេវាកម្មដែលបានទទួល ពួកមកដល់ពេលនេះ បានហើយ។ សូមចង្អុលបញ្ជាក់ថា តើអ្នកយល់ស្របជាខ្លាំង ឬ យល់ស្រប, អព្យាក្រឹត, មិនយល់ស្រប ឬ មិនយល់ស្របជាខ្លាំង ចំពោះការ អះអាងនីមួយៗខាងក្រោម។ ប្រសិនបើសំណួរទាក់ទងនឹងអ្វីមួយដែលអ្នកឬកូនរបស់អ្នកមិនបានជួបប្រទះ សូមជ្រើសយកចម្លើយមិនពាក់ព័ន្ធ ដើម្បីបង្ហាញថាសំណួរនេះមិនពាក់ព័ន្ធចំពោះអ្នក។

	មិនពេញចិត្តខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត	ភាគច្រើនមិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្តខ្លាំង និងមិនពេញចិត្តខ្លាំង	ភាគច្រើនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត
1. ខ្ញុំចូលចិត្តសេវាកម្មដែលខ្ញុំបានទទួលនៅទីនេះ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ប្រសិនបើខ្ញុំមានជម្រើសផ្សេងទៀត ខ្ញុំនឹងនៅតែទទួលយកសេវាកម្មពីទីក្នុងកន្លែងនេះដដែល។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ខ្ញុំនឹងណែនាំទីកន្លែងនេះទៅឲ្យមិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ទីតាំងសេវាកម្មនេះមានភាពងាយស្រួល (ដូចជា កន្លែងចែកចាយនូវ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ ចម្ងាយ ជាដើម) ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. បុគ្គលិកមានចំនួនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. បុគ្គលិកបានទូរស័ព្ទអ្នកខ្ញុំវិញក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោង។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. សេវាកម្មមាននៅពេលដែលសាកសមសម្រាប់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ខ្ញុំអាចទទួលបានគ្រប់សេវាកម្មដែលខ្ញុំគិតថាខ្ញុំត្រូវការ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ខ្ញុំអាចជួបគ្រូពេទ្យ/វេជ្ជបណ្ឌិតបាន នៅពេលណាដែលខ្ញុំចង់ជួប។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. បុគ្គលិកនៅទីនេះមានជំនាញខ្ពស់ក្នុងការស្តាប់ និង ឆ្លើយតបវិញបាន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ស្រួលក្នុងការសរសេរអំពីការព្យាបាលនិងការប្រើប្រាស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាមានសេរីភាពក្នុងការកត់ត្រា។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ខ្ញុំត្រូវបានគេផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. បុគ្គលិកបានលើកទឹកចិត្តខ្ញុំឱ្យទទួលខុសត្រូវលើរបៀបដែលខ្ញុំរស់នៅក្នុងជីវិតរបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. បុគ្គលិកបានប្រាប់ខ្ញុំពីជំនួយរបស់ខ្ញុំបន្ទាប់បន្សំអ្វីខ្លះដែលខ្ញុំគួរយកចិត្តទុកដាក់។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. បុគ្គលិកបានគោរពបំណងប្រាថ្នារបស់ខ្ញុំអំពីអ្នកណាដែលគួរត្រូវបាន និង អ្នកណាដែលមិនគួរត្រូវបានផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ខ្ញុំ មិនមែនជាបុគ្គលិកទេ ដែលបានសម្រេចពីគោលដៅព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. បុគ្គលិកយល់ពីសារការប្រុងប្រយ័ត្នរបស់ខ្ញុំ (ដូចជា ពូជសាសន៍ សាសនា ភាសា ជាដើម) ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. បុគ្គលិកបានជួយឲ្យខ្ញុំទទួលបានព័ត៌មានដែលខ្ញុំត្រូវការ ដើម្បីឲ្យខ្ញុំអាចទទួលបានបន្តគ្រប់គ្រងជំងឺរបស់ខ្ញុំបាន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ខ្ញុំត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើប្រាស់កម្មវិធីដែលគ្រប់គ្រងដោយអ្នកប្រើប្រាស់ (ក្រុមគាំទ្រមជ្ឈមណ្ឌលចូលរួមរបស់ខ្ញុំ) ដោយសេរីខ្សែទូរស័ព្ទសម្រាប់អ្នកមានវិបត្តិ ជាដើម) ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

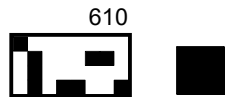
ជំនួយផ្តល់ឱ្យលើសេវាកម្មដែលខ្ញុំបានទទួល

21. ជំនួយផ្តល់ឱ្យលើសេវាកម្មដែលខ្ញុំបានទទួល	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ខ្ញុំដោះស្រាយបញ្ហាប្រចាំថ្ងៃកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ខ្ញុំអាចគ្រប់គ្រងជីវិតរបស់ខ្ញុំបានប្រសើរជាងមុន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ខ្ញុំអាចដោះស្រាយវិបត្តិបានប្រសើរជាងមុន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ខ្ញុំកំពុងមានទំនាក់ទំនងប្រសើរជាងមុនជាមួយគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ខ្ញុំសម្រេចបានលទ្ធផលប្រសើរជាងមុននៅក្នុងស្ថានភាពសង្គម។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ខ្ញុំសម្រេចបានលទ្ធផលប្រសើរជាងមុននៅសាលា និង/ឬ កន្លែងធ្វើការ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. ស្ថានភាពផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានប្រសើរឡើង។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. រោគសញ្ញារបស់ខ្ញុំមិនកំពុងរីករាលដាលនោះទេ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. ខ្ញុំធ្វើរឿងដែលមានអត្ថន័យចំពោះខ្ញុំជាងមុន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. ខ្ញុំអាចដោះស្រាយចំពោះសេចក្តីត្រូវការរបស់ខ្ញុំបានប្រសើរជាងមុន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. ខ្ញុំអាចដោះស្រាយរឿងផ្សេងៗបានប្រសើរជាងមុន នៅពេលពួកវាមានបញ្ហា។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



មិនពេញចិត្តជាមួយ	មិនពេញចិត្ត	ភាគច្រើនមិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្តខ្លាំង និង មិនពេញចិត្តខ្លាំង	ភាគច្រើនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត
------------------	-------------	---------------------	--------------------------------------	------------------	----------

សំរាប់ សំណួរ ចំនួនបួនបន្ទាប់ សូមឆ្លើយ យល់រាប់ ទំនាក់ទំនងជាមួយ យុគ្រល
ដែល ក្រៅពី អ្នក ផ្តល់ សេវាសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត របស់អ្នក ។

ជារួម លម្អិត នៃ សេវាកម្ម ដែល បាន ទទួល

33. សំរាប់សំណួរចំនួនបួនបន្ទាប់ សូមឆ្លើយសំរាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយយុគ្រល ដែលក្រៅពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរដ្ឋ វិចិត្តរបស់អ្នក។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. ខ្ញុំរីករាយនឹងមិត្តភាពដែលខ្ញុំមាន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. ខ្ញុំមានអ្នកដែលខ្ញុំអាចធ្វើឱ្យរីករាយជាមួយបាន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាខ្ញុំជាសមាជិកម្នាក់នៅក្នុងសហគមន៍របស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

សូមឆ្លើយ យល់រាប់ ខាងក្រោម នេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹង អ្នក កាន់តែ ច្បាស់ ។

1. តាមការ ប៉ាន់ស្មាន តើ អ្នក បាន ទទួលសេវានៅទី នេះ រយៈពេល យូរឆ្នាំ នោះ ហើយ?
- នេះជាការចូលរួមប្រតិបត្តិការជាមួយគ្រូពេទ្យលើកដំបូងរបស់ខ្ញុំនៅទីនេះ។ 3-5 ខែ
 - ខ្ញុំបានចូលរួមប្រតិបត្តិការជាមួយគ្រូពេទ្យច្រើនជាងមួយលើក ប៉ុន្តែខ្ញុំបានទទួលសេវាមិនទាន់បានមួយខែនៅឡើយទេ។ 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
 - 1-2 ខែ ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ

ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវាកម្ម នៅទី នេះ តិចជាង ១ ឆ្នាំ ។

2. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬ ទេ ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវាសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត ? បាទ/ចាស អត់មានទេ
3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ? បាទ/ចាស អត់មានទេ
4. ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវាសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន របស់ ពួកគេ ...
- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ (ឧទាហរណ៍ដូចជា ពួកគេមិនត្រូវបានចាប់ខ្លួន គាត់ដោយប៉ូលីស ត្រូវបាននាំខ្លួនដោយប៉ូលីសទៅកាន់កម្មវិធីវិជ្ជាជីវៈ ឬ កម្មវិធីវិបត្តិណាមួយ)
 - នៅដដែល
 - បានកើនឡើង
 - មិនពាក់ព័ន្ធ (ពួកគេមិនបានប៉ះទង្គិចជាមួយប៉ូលីសនៅឡើយទេ ឬ ឆ្នាំមុននោះទេ)
- ➔ ចូលទៅកាន់ សំណួរ លេខ ៨ ខាង ក្រោម

ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវាកម្ម នៅទី នេះ រយៈពេល ១ ឆ្នាំ ឬច្រើន ជាង នេះ ។

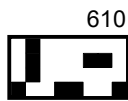
5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ ចុងក្រោយនេះ ឬទេ ? បាទ/ចាស អត់មានទេ
6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ? បាទ/ចាស អត់មានទេ
7. ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវាសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត តើ អ្នក មាន ជួបជាមួយ យុវជន ទេ ...
- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ (ឧទាហរណ៍ដូចជា ពួកគេមិនត្រូវបានចាប់ខ្លួន គាត់ដោយប៉ូលីស ត្រូវបាននាំខ្លួនដោយប៉ូលីសទៅកាន់កម្មវិធីវិជ្ជាជីវៈ ឬ កម្មវិធីវិបត្តិណាមួយ)
 - នៅដដែល
 - បានកើនឡើង
 - មិនពាក់ព័ន្ធ (ពួកគេមិនបានប៉ះទង្គិចជាមួយប៉ូលីសនៅឡើយទេ ឬ ឆ្នាំមុននោះទេ)

សូមឆ្លើយ យល់រាប់ ខាងក្រោម នេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹង អ្នក កាន់តែ ច្បាស់ ។

8. តើ អ្នក មាន ភេទ អ្វី ? ស្រី ប្រុស ផ្សេងទៀត
9. តើ អ្នក មាន ដើមកំណើត មុនស្រុក/អេស្ត្រាលី /អាមេរិក ឬ ទៀត? បាទ/ចាស អត់មានទេ មិនដឹងទេ
10. តើ អ្នក ជា ពលរដ្ឋ ណាមួយ ? (សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ ចម្លើយ យ៉ាង លម្អិត ព័ន្ធ)
- ដើមកំណើត កណ្តា ឬ អាឡាស្កា អាមេរិក ជនជាតិ ដើម អាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅ ដែនកោះ ប៉ាស៊ីហ្វិក ផ្សេងទៀត មិនដឹងទេ
 - អាស៊ី ដើមកំណើត ជនជាតិ ស្បែកស្ករ
 - ជនជាតិ អាមេរិក អាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ ផ្សេងទៀត

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



11. តើ អ្នក កើ តនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា ? [mm/dd/yyyy]

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

[ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ]

12. តើ សេវាក ម្តង ឈ្នួល បាន ទទួលបាន ត្រូវ បាន ផ្តល់ ជាភាសាខ្មែរ ឈ្នួល ចង់បាន ឬទេ ? បាទ/ចាស អត់មានទេ

13. តើ ព័ត៌មាន ជាលាយ លក្ខណ៍ អក្សរ (ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណ ផ្តល់ ល្បែង ហាប អំពី សេវាក ម្តង ឈ្នួល អាច រកបាន សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើ ប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម) អាច រកបាន ជាភាសាខ្មែរ ឈ្នួល ចង់បាន ដែរ ឬទេ ? បាទ/ចាស អត់មានទេ

14. តើ អ្វី ជាមូលហេតុ ចម្បង ដែល អ្នក បាន ចូលរួម ក្នុង កម្មវិធី នេះ ? (ត្រូវសញ្ញាសម្គាល់ មួយ មួយ) :
 ខ្ញុំ បាន សំរេច ចិត្ត ចូលរួម ដោយ ខ្លួនឯង ។ មាន អ្នក ផ្សេង ដែល ណែនាំ ឱ្យ ខ្ញុំ ចូលរួម ។ ខ្ញុំ បាន ចូលរួម ដោយ ប្រឆាំង នឹង ឆន្ទៈ របស់ ខ្ញុំ ។

15. សូម កំណត់ អត្តសញ្ញាណ អ្នក ដែល បាន ជួយ អ្នក បំពេញ ផ្នែក ណាមួយ នៃ ការ ស្ទង់ មតិ នេះ : (ត្រូវសញ្ញាសម្គាល់ លើ គ្រប់ ចម្លើយ យ៉ាង លាក់ ព័ន្ធ) :

- ខ្ញុំ មិន ត្រូវ ការ ជំនួយ ណាមួយ ទេ ។
- អ្នក ស្ម័គ្រ ចិត្ត / អ្នក គ្រូ បង្រៀន សុខភាព ផ្លូវចិត្ត បាន ជួយ ខ្ញុំ ។
- អ្នក ប្រើប្រាស់ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ម្នាក់ ទៀត បាន ជួយ ខ្ញុំ ។
- សមាជិក គ្រួសារ ខ្ញុំ ម្នាក់ បាន ជួយ ខ្ញុំ ។
- អ្នក សម្ភាសន៍ ជំនាញ ម្នាក់ បាន ជួយ ខ្ញុំ ។
- គ្រូ ពេទ្យ ពិនិត្យ ជម្ងឺ ផ្លូវចិត្ត / អ្នក គ្រប់គ្រង ករណី របស់ ខ្ញុំ បាន ជួយ ខ្ញុំ ។
- បុគ្គលិក ម្នាក់ ក្រៅ ពី គ្រូ ពេទ្យ ពិនិត្យ ជម្ងឺ ផ្លូវចិត្ត ឬ អ្នក គ្រប់គ្រង ករណី របស់ ខ្ញុំ បាន ជួយ ខ្ញុំ ។
- មាន អ្នក ផ្សេង ជួយ ខ្ញុំ ។ តើ ជា អ្នក ណា គេ ?

16. សូម ផ្តល់ យោបល់ នៅទី នេះ ។ យើង ចាប់ អារម្មណ៍ ទាំង មតិ គំហុក វិជ្ជមាន និង អវិជ្ជមាន ។ ដូចគ្នា នេះ ផងដែរ ។ ប្រសិនបើ មាន ផ្នែក ណាមួយ ដែល មិន ត្រូវ បាន គ្រប់ បង្កប់ ដោយ កម្រ ឯសំណួរ នេះ ដែល អ្នក គិត ថា គួរ មាន សូម សរសេរ ពួកវា នៅទី នេះ ។ សូម អរគុណ ចំពោះ ពេលវេលា និង ឯកសារ សហការ របស់ អ្នក ក្នុង ការ បំពេញ កម្រៃ ឯសំណួរ នេះ ។

សូម អរគុណ ដែល បាន ចំណាយ ពេលវេលា យល់ យល់ ទាំង នេះ !

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:

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

