



OLDER ADULT SURVEY Spring 2023

KHMER
Without QOL

Print PDF as needed. Do not photocopy!

សូមជួយទាក់ទង ងារ របស់យើងធ្វើ ឲ្យសេវាប្រសើរឡើងដោយឆ្លើយប្រាប់ យល់ដឹង មួយចំនួន។ ចម្លើយរបស់អ្នក នឹងទុកជាការសម្ងាត់ ហើយនឹងមិនមាន គន្លឹះ ពេលលើសេវាកម្ម ឬ ប្រព័ន្ធប្រព្រឹត្តិការណ៍ អនាគតនៃ លក្ខណៈ ឬ កូនរបស់អ្នក ទទួលបានឡើយ។
៨១ ត្រីមាស ១ មិន ត្រីមាស ១

ការស្ទង់មតិអ្នកប្រើប្រាស់កម្មវិធី MHSIP:

សូមឆ្លើយ យល់ដឹង ដូចតទៅនេះ ដោយផ្អែកលើសេវាកម្ម រយៈពេល ៦ ខែ ចុងក្រោយនេះ ឬ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលសេវាកម្ម រយៈពេល ៦ ខែ មកហើយ អ្នកគ្រាន់តែផ្តល់ចម្លើយដោយផ្អែកលើសេវាកម្មដែលបានទទួល ព្រមទាំងពេលវេលា បានហើយ។ សូមចង្អុលបញ្ជាក់ ថា តើអ្នកយល់ស្របជាខ្លាំង ឬ យល់ស្រប អព្យាក្រឹត ឬ មិនយល់ស្រប ឬ មិនយល់ស្រប ជាខ្លាំង ដល់ការ អះអាងនីមួយៗខាងក្រោម។ ប្រសិនបើសំណួរ ទាក់ទងនឹងអ្វី មួយដែលអ្នក ឬ កូនរបស់អ្នក មិនបានជួបប្រទះ សូមជ្រើសយកចម្លើយ មិនពាក់ព័ន្ធ ដើម្បីបង្ហាញថា សំណួរនេះ មិនពាក់ព័ន្ធនឹង អ្នក។

	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 ខ្ញុំនឹងនៅតែទទួលយកសេវាកម្មពីទីក្នុងនេះដែរ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ខ្ញុំនឹងណែនាំទីក្នុងនេះទៅឲ្យមិត្តភក្តិ ឬ សមាជិកគ្រួសារ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ទីតាំងសេវាកម្មនេះមានភាពងាយស្រួល (ដូចជា កន្លែងចតរថយន្ត មធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ ចម្ងាយ ជាដើម) ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. បុគ្គលិកមានចំនួនច្រើនបំផុតដែលខ្ញុំគិតថាវាចាំបាច់។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. បុគ្គលិកបានទូរស័ព្ទមកខ្ញុំវិញក្នុងរយៈពេល 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. ខ្ញុំអាចទទួលបានគ្រប់សេវាកម្ម ដែលខ្ញុំគិតថាខ្ញុំត្រូវការ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ខ្ញុំអាចជួបគ្រូពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬ វេជ្ជបណ្ឌិត នៅពេលណាដែលខ្ញុំចង់ជួប។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. បុគ្គលិកនៅទីនេះមានជំនាញខ្ពស់ក្នុងការជួយបញ្ជាក់សំណួរ និង ជួយស្រាយវិញបាន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ស្រួលក្នុងការសរសេរអំពីការព្យាបាលនិងការប្រើថ្នាំរបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាមានសេរីភាពក្នុងការកវ៉ា។	<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. បុគ្គលិកបានលើកទឹកចិត្តខ្ញុំឲ្យទទួលខុសត្រូវលើរបៀបដែលខ្ញុំរស់នៅក្នុងជីវិតរបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. បុគ្គលិកបានប្រាប់ខ្ញុំពីជំនួយរបស់បណ្តាបណ្តាបណ្តាដែលខ្ញុំគួរយកចិត្តទុកដាក់។	<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. ខ្ញុំត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឲ្យប្រើប្រាស់កម្មវិធីដែលគ្រប់គ្រងដោយអ្នកប្រើប្រាស់ (ក្រុមគាំទ្រមជ្ឈមណ្ឌលចូលរួមរបស់ខ្ញុំ) ដោយសេរី ខ្សែទូរស័ព្ទសម្រាប់អ្នកមានវិបត្តិ ជាដើម) ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ផលទ្ធផល ផ្ទាល់ នៃ សេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួល

21. ផលទ្ធផលផ្ទាល់នៃសេវាកម្មដែលខ្ញុំបានទទួល	<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



មិនពេញចិត្តជាដាច់ខាត	មិនពេញចិត្ត	ភាគច្រើនមិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្តផងដែរ មិនពេញចិត្ត	ភាគច្រើនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត
----------------------	-------------	---------------------	---------------------------	------------------	----------

សំរាប់ សំណួរ ចំនួនបួនបន្ទាប់ សូមឆ្លើយ យល់រាប់ ទំនាក់ទំនងជាមួយ យុគ្រល ដែលក្រៅពី អ្នក ផ្តល់ សេវាសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្រ របស់អ្នក ។

ជាលទ្ធផល ឈ្នាល នៃ សេវាកម្ម ដែល បាន ទទួល

33. សំរាប់សំណួរចំនួនបួនបន្ទាប់ សូមឆ្លើយសំរាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយយុគ្រល ដែលក្រៅពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរដ្ឋ វិចិត្ររបស់អ្នក។	<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 ល្បឿន ហើយ?
- នេះជាការចូលរួមពិនិត្យជាមួយគ្រូពេទ្យលើកដំបូងរបស់ខ្ញុំនៅទីនេះ។ 3-5 ខែ
 - ខ្ញុំបានចូលរួមពិនិត្យជាមួយគ្រូពេទ្យច្រើនជាងមួយលើក 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 ឬទេ ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវាសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្រ ? បាទ/ចាស អត់មានទេ
3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ? បាទ/ចាស អត់មានទេ
4. ចាប់ តាំងពី ក្នុង របស់អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវាសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្រ តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ ប្តី/ស្រី របស់អ្នក គេ ...
- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ (ឧទាហរណ៍ដូចជា ពួកគេមិនត្រូវបានចាប់ខ្លួន នាទៅដោយប្តី/ស្រី ត្រូវបាននាំខ្លួនដោយប្តី/ស្រីទៅកាន់កម្មវិធីទីជម្រក ឬ កម្មវិធីវិបត្តិណាមួយ)
 - នៅដដែល
 - បានកើនឡើង
 - មិនពាក់ព័ន្ធ (ពួកគេមិនបានប៉ះទង្គិចជាមួយប្តី/ស្រីនៅឡើយទេ 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 វិចិត្រ តើ អ្នក មាន ជួបជាមួយ ប្តី/ស្រី ទេ ...
- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ (ឧទាហរណ៍ដូចជា ពួកគេមិនត្រូវបានចាប់ខ្លួន នាទៅដោយប្តី/ស្រី ត្រូវបាននាំខ្លួនដោយប្តី/ស្រីទៅកាន់កម្មវិធីទីជម្រក ឬ កម្មវិធីវិបត្តិណាមួយ)
 - នៅដដែល
 - បានកើនឡើង
 - មិនពាក់ព័ន្ធ (ពួកគេមិនបានប៉ះទង្គិចជាមួយប្តី/ស្រីនៅឡើយទេ 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 ម្តង/មេស្ត្រ / អាមេរិក ឬ កូឡាទី ន? បាទ/ចាស អត់មានទេ មិនដឹងទេ
10. តើ អ្នក ជា ពូជសាសន៍ អ្វី ? (សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ ចម្លើយ យ៉ាង លាក់ ព័ន្ធ)
- ដើមកំណើត ឥណ្ឌា ឬ អាឡាស្កា អាមេរិក ជនជាតិ ដើម អាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅ ដែនកោះ ប៉ាស៊ីហ្វិក ផ្សេងទៀត មិនដឹងទេ
 - អាស៊ី ដើមកំណើត ជនជាតិ ស្បែកស
 - 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 ឬ អង់គ្លេស បាន ឬ ទេ ? បាទ/ចាស អត់មានទេ

13. តើ ព័ត៌មាន ជាលាយ លក្ខណ៍ អក្សរ (ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណ ខ្មែរ ឈៀ ហាប អំពីសេវាក ម្តង ឈ្នួល អាច រកបាន សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើ ប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម) អាច រកបាន ជាភាសាខ្មែរ ឬ អង់គ្លេស បាន ឬ ទេ ? បាទ/ចាស អត់មានទេ

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

15. សូម កំណត់ អត្តសញ្ញាណ អ្នក ដែល បាន ជួយ អ្នក បំពេញ ផ្នែក ណាមួយ នៃ ការ ស្ទង់ មតិ នេះ : (គូសរៀបរាប់ ម្តង មួយ លើ គ្រប់ ចម្លើយ យ៉ាង ណាក៏ បាន) :

- 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 សម្របសម្រួល 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 គំហើញ ផ្លូវចិត្ត និង អវិជ្ជមាន ។ ដូចគ្នា នេះ ផងដែរ ។ ប្រសិន បើ មាន ផ្នែក ណាមួយ ដែល មិន ត្រូវ បាន គ្រប ដណ្តប់ ដោយ កម្រ ឯសំណួរ នេះ ដែល អ្នក គិត ថា គួរ មាន សូម សរសេរ ពួកវា នៅទី នេះ ។ សូម អរគុណ ចំពោះ ពេលវេលា និង ការ សហការ របស់ អ្នក ក្នុង ការ បំពេញ កម្រ 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:

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

8243

