



سازمان بهداشت روان کانتی لس آنجلس
COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
DRAFT SURVEY EMAIL TEMPLATE

[Enter Agency Information]

سرکار خانم/آقا
با تشکر از اینکه به این سازمان اجازه می دهید که در خدمت شما باشد. این سازمان می خواهد اطمینان حاصل کند که بهترین خدمات ممکن را برای همه مراجعین ارائه می دهد. ما به کمک شما احتیاج داریم تا یک پرسشنامه/نظرسنجی کوتاه را از طریق آنلاین/اینترنت در ارتباط با تجربیات خود با این سازمان را کامل کنید. تکمیل این پرسشنامه/نظرسنجی بیش از 10 دقیقه طول نخواهد کشید.

لطفاً برای دسترسی به پرسشنامه/نظرسنجی بر روی این لینک/آدرس الکترونیکی بروید و کلیک کنید:
<http://www.xxxxxxxxxxxxxxx>

لطفاً این اطلاعات را در صفحه اول پرسشنامه/نظرسنجی پاسخ دهید:

Question X: County – 0019

Questions X: Provider Number – XXXX

Client ID Number: XXXX

تکمیل این پرسشنامه محرمانه می باشد. رواندرمانگر شما قادر به دیدن آن نمی باشد و پاسخ های شما به هیچ عنوان اثری بر حقوق شما در ارتباط با دریافت خدمات نخواهد داشت. این سازمان از نتایج دریافتی این پرسشنامه/نظرسنجی برای بهبود کیفیت خدمات خود استفاده خواهد کرد، به همین دلیل ما علاقمندیم که شما نظرات خود را صادقانه بیان نمایید اگرچه پاسخ شما مثبت و یا منفی باشند. با تشکر از همکاری شما در این زمینه و کمک به بهبود خدمات این سازمان.

چنانچه نگرانی جدی دارید که شما را تحت تاثیر قرار داده است، لطفاً این موارد را سریعاً به مدیر برنامه درمانی خود گزارش دهید تا به شما در این زمینه کمک و راهنمایی های لازم ارائه شود. اگر شما در موقعیتی بحرانی هستید، لطفاً سریعاً به رواندرمانگر خود ویا مدیر کلینیک درمانی خود گزارش دهید، زیرا پاسخ های شما به این پرسشنامه/نظرسنجی برای موقعیتهای فوری و بحرانی بررسی نمی شود.

[Enter the names and direct contact information to their designated program and clinic managers for the agency]