

COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

[Enter Agency Information]

សួស្តីលោក​​​/លោកស្រី

យើងសូមថ្លែងអំណរគុណដោយអនុញ្ញាតិឱយយើងខ្ញុំបំរើសេវាកម្មលោកអ្នក​។ យើងចង់ធ្វើការស្ទង់មតិដើម្បីឱយបានដឹងច្បាស់ថាយើងបានផ្តល់សេវាកម្មដ៏ល្អបំផុតដល់លោកអ្នកហើយឬនៅ។ យើងសូមលោកអ្នកបំពេញបទស្ទង់មតិដ៏ខ្លីមួយនៅលើបណ្តាញកុំព្យូទ័រអំពីបទពិសោធន៍លោកអ្នកជាមួយយើងខ្ញុំ។ លោកអ្នកនឹងចំណាយពេលវេលាតិចជាង ១០នាទីដើម្បីបំពេញបទស្ទង់មតិដ៏ខ្លីនេះ។

សូមចុចបញ្ចូលតំណលេខកូដ QR ខាងក្រោមនេះដើម្បីចូលដំណើរការស្ទង់មតិ៖

<https://uclahs.fyi/2023CPS-Parent-Family>

សំណួរ X៖ តំបន់ - ឡូស​អាន់​ជ័រ​លេសា

សំណួរ X៖ អត្តលេខអ្នកផ្តល់ - X X X X

អត្តលេខអតិថិជន៖ X X X X

យើងនឹងរក្សារបទស្ទង់មតិដែលលោកអ្នកប្រុងនឹងបំពេញជាសម្ងាត់នេះ។ អ្នកព្យាបាលលោកអ្នកមិនអាចឃើញចម្លើយនេះហើយចម្លើយលោកអ្នកនឹងអត់មានប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្មបំរើលោកអ្នកដែរ។ នាយកដ្ឋាននឹងប្រើលទ្ធផលដែលបានពីបទស្ទង់មតិនេះដើម្បីពង្រីកគុណភាពបំរើសេវាកម្ម។ យើងចាប់អារម្មណ៍លើមតិដ៏ស្មោះត្រង់របស់លោកអ្នក ទោះជាវិជ្ជមាន ឬអវីជ្ជមានក៏ដោយ។ យើងសូមអរគុណដល់ការរួមសហការរបស់លោកអ្នកក្នុងជំនួយពង្រីកសេវាកម្មឱយបានប្រសើរជូនលោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសេចក្តីព្រួយបារម្ភឬប្រកាន់ប្រការណាមួយ សូមពិភាក្សារឬក៏ធ្វើរបាយការណ៍នៃការព្រួយបារម្ភនេះដល់អ្នកគ្រប់គ្រងក្នុងមន្ទីរព្យាបាលជាបន្ទាន់ គាត់នឹងជួយដោះស្រាយជូនលោកអ្នក​។ ហើយប្រសិនបើលោកអ្នកមានវិបត្តក្នុងពេលបំពេញបទស្ទង់មតិ សូមពិភាក្សារជាមួយអ្នកព្យាបាល ឬក៏អ្នកគ្រប់គ្រងអ្នកព្យាបាលជាបន្ទាន់ ពេលនោះ បទស្ទង់មតិលោកអ្នកអត់មានអ្នកណាពិនិត្យភ្លាមៗទេ។

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