



- សូម ជួយ ទីភ្នាក់ ងារ របស់ យើង កែលម្អ សេវាកម្ម ដោយ ឆ្លើយ សំណួរ មួយ ចំនួន។ ចម្លើយ របស់អ្នក នឹងត្រូវ បាន រក្សាទុក ជាសម្ងាត់ ហើយ យើងមិនប៉ះពាល់ ដល់សេវាកម្ម ម្នាក់ ម្នាក់ ឡើយ ឬ អនាគត កែលម្អ ទទួលបាន នោះ ទេ ។
- សូមឆ្លើយ យល់ ខាងក្រោម ដោយផ្អែក លើ 6 ខែ ចុងក្រោយ ឬប្រសិនបើ អ្នក មិនបាន ទទួលសេវាកម្ម រយៈពេល 6 ខែ ទេ គ្រាន់ តែ ផ្តល់ ចម្លើយ ដោយផ្អែក លើ សេវាកម្ម ដែល អ្នក បាន ទទួល ហួសកាលបរិច្ឆេទ ទេ ។ សូមចងចាំ លម្អិត ថា អ្នក យល់ស្រប បន្តិច ឬ មិនយល់ស្រប យ៉ាងណា ឯង ជាមួយ យើង ប្រយោគនីមួយៗ នៅខាងក្រោម នេះ ។ ជ្រើសរើស " មិនអាច អនុវត្តបាន " ប្រសិនបើ សំណួរ គឺអំពីអ្វី មួយដែល លម្អិត លម្អិន លម្អិត តទៅ ។

| • សូមបំពេញ ក្នុង រង្វង់ ឱ្យបាន ពេញលេញ។ | មិន ត្រឹមត្រូវ ។ | ត្រឹមត្រូវ ។ | យល់ព្រម ខ្លាំង | យល់ព្រម | អព្យាក្រឹត | មិនយល់ព្រម | មិនយល់ព្រម ទាល់តែ | មិនពាក់ព័ន្ធ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. ខ្ញុំ ចូលចិត្តសេវាកម្ម ដែល ល្អ បាន ទទួលបាននេះ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ប្រសិនបើ ខ្ញុំ មាន ជម្រើស ផ្សេង ទៀត ខ្ញុំ នឹងនៅតែ ទទួលបានសេវាកម្ម ពី ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ដដែល ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ខ្ញុំ នឹងណែនាំ ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ទៅឱ្យមិត្ត ភ្នំ ឬ សមាជិកគ្រួសារ ។ | <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. ទីតាំង សេវាកម្ម នេះ មាន ភាព ងាយស្រួល ។ <i>ដូចជា កន្លែង ចត ចម្លង មធ្យោបាយ ធ្វើ ដំណើរ សាធារណៈ ចម្ងាយ ជាដើម</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. បុគ្គលិក មាន ឆន្ទៈ ចង់ជួយ ឱ្យបាន ញឹកញាប់ តាម ដែល ខ្ញុំ គិតថា ចាំបាច់ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. បុគ្គលិក បាន ទូរស័ព្ទ ក្នុង វិញ្ញត្តិ រយៈពេល ២៤ ម៉ោង ។ | <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. សេវាកម្ម មាន នៅពេលដែល លក់ សមស្រប ខ្ញុំ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ខ្ញុំ អាច ទទួលបាន គ្រប់ សេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ គិតថា ត្រូវ ការ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. ខ្ញុំ អាច ជួបគ្រូ ពេទ្យ វិជ្ជាជីវៈ នៅពេលណាដែល ខ្ញុំ ចង់ជួប ។ | <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. បុគ្គលិក នៅទីនេះ មាន ជំនាញ អាច វិភាគ ជំនាញ ផ្លាស់ ប្តូរ និង ជួយ ស្នើ យំ ឱ្យបាន ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ស្រួល ក្នុង ការ សួរ សំណួរ អំពី ការ ព្យាបាល និង ការ ប្រើ ថ្នាំ របស់ ខ្ញុំ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា មាន សេវាកម្ម គាំទ្រ ។ | <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. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន គេ ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពី សិទ្ធិ របស់ ខ្ញុំ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. បុគ្គលិក បាន លើកទឹកចិត្ត ឱ្យ ទទួលបាន ត្រូវ លើ របៀប ដែល ខ្ញុំ រស់នៅ ក្នុង ជីវិត របស់ ខ្ញុំ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. បុគ្គលិក បាន ប្រាប់ ខ្ញុំ ពី ផលប៉ះពាល់ បន្ទាប់ បន្សំ ខ្លះ ដែល ខ្ញុំ គួរ យកចិត្តទុក ដាក់ ។ | <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. បុគ្គលិក បាន គោរព ព្រំដែន ប្រាថ្នា របស់ ខ្ញុំ អំពី អ្នក ណាដែល លក់ ត្រូវ បាន និង អ្នក ណាដែល មិនត្រូវ បាន ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពី ការ ព្យាបាល របស់ ខ្ញុំ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. ខ្ញុំ មិនមែន ជា បុគ្គលិក ទេ ដែល បាន សម្រេច ពី គោលដៅ ព្យាបាល របស់ ខ្ញុំ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. បុគ្គលិក យល់ពី សារៈ ការ ប្រយោជន៍ របស់ ខ្ញុំ (ដូចជា ពូជសាសន៍ សាសនា ភាសា ជាដើម) ។ <i>ដូចជា ពូជសាសន៍ សាសនា ភាសា ជាដើម</i> | <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. បុគ្គលិក បាន ជួយ ឱ្យ ខ្ញុំ ទទួលបាន ព័ត៌មាន ដែល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ ដើម្បី ឱ្យ ខ្ញុំ អាច ទទួលបាន គ្រប់គ្រង ជំងឺ របស់ ខ្ញុំ បាន ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន លើកទឹកចិត្ត ឱ្យ ប្រើ ប្រាស់ កម្មវិធី ដែល ល្អ គ្រប់គ្រង ដោយ អ្នក ប្រើ ប្រាស់ ។ <i>ក្រុម មតិ មជ្ឈមណ្ឌល ចូលរួម រៀបចំ ដោយ សេវា វិទ្យា វិស្វកម្ម ប្រាប់ អ្នក មាន វិបត្តិ ជាដើម</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ជាលទ្ធផល លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួល | | | | | | | | |
| 21. ខ្ញុំ ដោះស្រាយ បញ្ហា ចាំបាច់ តែ មាន ប្រសិទ្ធិ ភាព ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. ខ្ញុំ អាច គ្រប់គ្រង ជំងឺ របស់ ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។ | <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. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ វិបត្តិ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. ខ្ញុំ កំពុង មាន ទំនាក់ទំនង ប្រសើរ ជាង មុន ជាមួយ គ្រួសារ របស់ ខ្ញុំ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. ខ្ញុំ សម្រេច បាន លទ្ធផល ល្អ ប្រសើរ ជាង មុន នៅក្នុង ភាព សង្គម ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. ខ្ញុំ សម្រេច បាន លទ្ធផល ល្អ ប្រសើរ ជាង មុន នៅសាលា និង/ឬ កន្លែង ធ្វើ ការ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. ស្ថានភាព ផ្លូវ របស់ ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ឡើង ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. រោគសញ្ញា របស់ ខ្ញុំ មិន កំពុង ខ្លាំង ឡើយ ទេ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. ខ្ញុំ ធ្វើ រឿង ដែល លាមក អត់ យប់ពោះ ខ្ញុំ ជាង មុន ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ ចំពោះ សេចក្តី ត្រូវ ការ របស់ ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ រឿង ផ្សេង ៗ បាន ប្រសើរ ជាង មុន នៅពេល ពួកវា មាន បញ្ហា ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. ខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿង ដែល ល្អ ចង់ ធ្វើ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <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

64894

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DHCS 1744 KH

Must be entered on EVERY page



ជាលទ្ធផល លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម ម្តង លទ្ធផល បាន ទទួល


- 33 ខ្ញុំ រីករាយ និងមិត្តភាព ដែល មាន ។
- 34 ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែល អាច ធ្វើ រឿង រីករាយ ជាមួយ បាន ។
- 35 ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាខ្ញុំ ជាសមាជិក កម្មវិធី នៅក្នុង អង្គការ របស់ខ្ញុំ ។
- 36 នៅពេលមាន វិបត្តិ ខ្ញុំ នឹងមាន ការ គាំទ្រ ដែល ត្រូវ ការ ពីគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ ។

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <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"/> |


សូមឆ្លើយ សំណួរ ខាង ក្រោម នេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹង ស្តាប់ អ្នក កាន់ តែ ច្បាស់ ។

1. តាម ការ ប៉ាន់ ស្មាន តើ អ្នក បាន ទទួលសេវា នៅទី នេះ រយៈពេល យូរ ហើយ?

- នេះ ជាការ ចូលរួម ពិនិត្យ ជាមួយ គ្រូពេទ្យ លើក ដំបូង របស់ ខ្ញុំ នៅទីនេះ ។ 1-2 ខែ
- ខ្ញុំ បាន ចូលរួម ពិនិត្យ ជាមួយ គ្រូពេទ្យ នេះ រយៈពេល មួយ ឆ្នាំ ឬ យូរ ជាង មួយ ឆ្នាំ ។ 3-5 ខែ
- ប៉ុន្តែ ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវា មិន បាន មួយ ខែ នៅទីនេះ ។ 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
- ច្រើន ជាង 1 ឆ្នាំ

សូមឆ្លើយ សំណួរ ចាប់ ពីទី 2 ដល់ទី 4
ប្រសិនបើ អ្នក កំពុង តែ បាន ទទួលសេវា មុន ខណៈ ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់
 **មួយឆ្នាំ ឬ តិចជាង**

- 2. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម មទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ? មាន អត់មានទេ
- 3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេល នោះ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
- 4. ចាប់ តាំងពី កូន របស់អ្នក ចាប់ ផ្តើម មទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីន របស់ ពួកគេ ...
 ត្រូវបាន កាត់បន្ថយ
ឧទាហរណ៍ ដូចជា ពួកគេ មិន ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា ទៅដោយ ប៉ូលីស ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ទៅ យុវលីន ទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយ កម្មវិធី ជំនួយ ឬ កម្មវិធី ជំនួយ ណាមួយ
 នៅដដែល
 បាន កើនឡើង
 មិន ពាក់ព័ន្ធ
ពួកគេ មិន បាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីន នៅឡើយ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

សូមឆ្លើយ សំណួរ ចាប់ ពីទី 5 ដល់ទី 7
ប្រសិនបើ អ្នក កំពុង តែ បាន ទទួលសេវា មុន ខណៈ ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់
 **ច្រើន ជាង មួយឆ្នាំ**

- 5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល ល ១២ ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
- 6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល ល 12 ខែ មុនពេល នោះ ឬទេ ? មាន អត់មានទេ
- 7. ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម មទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត តើ អ្នក មាន បញ្ហា ជាមួយ យុវលីន ទេ ...
 ត្រូវបាន កាត់បន្ថយ
ឧទាហរណ៍ ដូចជា ពួកគេ មិន ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា ទៅដោយ ប៉ូលីស ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ទៅ យុវលីន ទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយ កម្មវិធី ជំនួយ ឬ កម្មវិធី ជំនួយ ណាមួយ
 នៅដដែល
 បាន កើនឡើង
 មិន ពាក់ព័ន្ធ
ពួកគេ មិន បាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីន នៅឡើយ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

* CSI County Client Number

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Must be entered on EVERY page

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ខាង ក្រោម នេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹង អ្នក កាន់ តែ ច្បាស់ ។

8. តើ អ្នក មាន ភេទ អ្វី ?
 សូម គូស សម្គាល់ គ្រប់ ចម្លើយ យ៉ាង លម្អិត ពាក់ ព័ន្ធ
9. តើ អ្នក គិត អំពី ខ្លួន ឯង ជា អ្វី ?
 សូម គូស សម្គាល់ គ្រប់ ចម្លើយ យ៉ាង លម្អិត ពាក់ ព័ន្ធ
10. តើ អ្នក មាន ដើម កំណើត ម៉ែកស៊ិក/ អេស្ប៉ាញ / អាមេរិក ឡាទី ទេ ?
11. តើ អ្នក ជា ពូជ សាសន៍ អ្វី ?
 សូម គូស សម្គាល់ គ្រប់ ចម្លើយ យ៉ាង លម្អិត ពាក់ ព័ន្ធ
12. តើ អ្នក កើត នៅ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ ណា ?
13. តើ សំណាក់ ឯកសារ ជា អក្សរ និង/ ឬ សេវាកម្ម មុន ឯង បាន ទទួល បាន ផ្តល់ ជូន ជា ភាសា ដៃ លម្អិត ជ្រើស រើ សម្រាប់ ខ្លួន ឯង ឬ មិន បាន ឡើយ ?

14. ឥឡូវ គិត អំពី សេវាកម្ម មុន ឯង បាន ទទួល បាន តាម ភេទ លម្អិត ចំនួន ប៉ុន្មាន ?
 តាម ទូរស័ព្ទ ឬ ការ ធ្វើ សន្ទនា សម្រាប់ វិស័យ អ្វី

15. តើ ការ ពិនិត្យ តាម រយៈ ការ telehealth របស់ អ្នក ប្រៀប ធៀប ទៅ នឹង ការ មក ពិនិត្យ ដោយ ផ្ទាល់ មុខ តាម បែប ប្រពៃណី មាន សារៈ ប្រយោជន៍ ដល់ លទ្ធផល ឬ ទេ ?

16. ខ្ញុំ ចង់ ទទួល បាន ការ ព្យាបាល សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត របស់ ខ្ញុំ សម្រាប់ កម្មវិធី នេះ ឬ មិន ប៉ុន្មាន ?
 តាម រយៈ ការ ជួប ពិគ្រោះ ដោយ ប្រយោល



17. សូម ផ្តល់ យោបល់ នៅ ទីនេះ ។ យើង ចាប់ អារម្មណ៍ ទាំង មតិ គំហើញ និង អវិជ្ជមាន ។ ដូច គ្នា នេះ ផង ដែរ ប្រសិន បើ មាន ផ្នែក ណា មួយ ដែល មិន ត្រូវ បាន គ្រប់ គ្រាន់ ដោយ កម្រ យល់ ព្រម នេះ ដែល អ្នក គិត ថា គួរ មាន សូម សរសេរ ពួក វានៅ ទីនេះ ។
 សូម អរគុណ ចំពោះ ពេលវេលា និង ការ សហការ របស់ អ្នក ក្នុង ការ បំពេញ កម្រិត យល់ ព្រម នេះ ។

សូម អរគុណ លើ ការ ចំណាយ ពេលវេលា យល់ ព្រម ទាំង នេះ !

FOR OFFICE USE ONLY

County Code: Date of Survey Administration: / / County Reporting Unit (optional):

Code for not completing the survey (if applicable):
 Refused Impaired Language Other

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.
 * CSI County Client Number

64894