



# Youth Services Survey - FAMILIES Spring 2024

Khmer

- សូមជួយគ្នា ងារ របស់យើង ឱ្យសេរី រាល់ថ្ងៃ ដោយឆ្លើយសំណួរ មួយចំនួន។ ចម្លើយ របស់អ្នក នឹងទុកជាការ សម្ងាត់ ហើយនឹងមិនមាន គន្លឹះ ពេលលើ សេវាកម្ម ឬ ប្រព័ន្ធប្រព្រឹត្តិការណ៍ អនាគត ដែលអ្នក ឬកូន របស់អ្នក នឹងទទួលបាន ឡើយ។
- សូមឆ្លើយ សំណួរ ខាងក្រោម ដោយផ្អែកលើ សេវាកម្ម មួយ រយៈពេល ៦ ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬ ប្រសិនបើ សេវាកម្ម មិន បាន ទទួលបាន រយៈពេល ៦ ខែ មកហើយ អ្នក គ្រាន់តែ ផ្តល់ ចម្លើយ ដោយផ្អែកលើ សេវាកម្ម ដែល បាន ទទួលបាន ព្រឹក្សាមកដល់ពេលនេះ បាន ហើយ។ សូមចង្អុល ល្អប្រសើរ ថា អ្នក មិនយល់ស្រប ជាខ្លាំង មិនយល់ស្រប មិនទាន់សម្រេចចិត្ត យល់ស្រប ឬ យល់ស្រប ជាខ្លាំង ដូចពោះ ការ អះអាង នីមួយៗ ខាងក្រោម ។ ប្រសិនបើ សំណួរ ទាក់ទងនឹងអ្វី មួយដែល អ្នក ឬកូន របស់អ្នក មិនបាន ជួបប្រទះ សូមជ្រើសយក ចម្លើយ មិនពាក់ព័ន្ធ ដើម្បី បង្ហាញ ថា សំណួរ នេះ មិនពាក់ព័ន្ធ។
- សូមបំពេញ តារាង ដូច ខ្លះ ខ្លះ ឱ្យបាន ពេញលេញ។ ត្រឹមត្រូវ ១  មិនត្រឹមត្រូវ ១

| មិនយល់ស្រប ជាខ្លាំង   | មិនយល់ស្រប            | អព្យាក្រឹត            | យល់ស្រប               | យល់ស្រប ជាខ្លាំង      | មិនពាក់ព័ន្ធ          |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. ជាមួយ ខ្ញុំ ពេញចិត្តនឹង សេវាកម្ម ដែល កូន របស់ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ខ្ញុំ បាន ជួយជ្រើសរើស សេវាកម្ម របស់កូនខ្ញុំ ។  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ខ្ញុំ បាន ជួយជ្រើសរើស សេវាកម្ម ព្យាបាល របស់កូនខ្ញុំ ។                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. មនុស្សដែល ជួយកូនខ្ញុំ នៅជាប់ជាមួយ យើង មិនថាមាន បញ្ហាអ្វី ក៏ដោយ។                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាកូន របស់ខ្ញុំ មាន គ្នាដើម្បី និយាយជាមួយ នៅពេល លាក់ មាន បញ្ហា។   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ខ្ញុំ បាន ចូលរួម មត៌ក ឯការ ព្យាបាល កូន របស់ខ្ញុំ ។                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. សេវាកម្ម ដែល កូនខ្ញុំ នឹង/ ឬ គ្រួសារ ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន ត្រឹមត្រូវ សម្រាប់ យើង។       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ទីតាំងសេវាកម្ម មាន ភាពងាយស្រួល លម្អៀម យើង។   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. សេវាកម្ម មាន នៅតាម ពេលវេលា ដែល យើង យល់ស្រួល លម្អៀម យើង។                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. គ្រួសារ របស់ខ្ញុំ បាន ទទួលបាននូវ លទ្ធផល ដែល យើង យល់ស្រួល លម្អៀម យើង។                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. គ្រួសារ របស់ខ្ញុំ ទទួលបាន ជំនួយ ច្រើន តាម ដែល យើង ត្រូវ ការ សម្រាប់ កូន របស់ខ្ញុំ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. បុគ្គលិក បាន ប្រព្រឹត្តិ ចំពោះ ខ្ញុំ ដោយការ គោរព។                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. បុគ្គលិក បាន គោរព ចំពោះ វិញ្ញាណ និង សាសនា របស់គ្រួសារ ខ្ញុំ ។                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. បុគ្គលិក បាន និយាយជាមួយ យើង តាម របៀបដែល យើង យល់។                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. បុគ្គលិក យល់ពីសារ ការ ប្រជុំ/ ជនជាតិ របស់ខ្ញុំ ។                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**ជាលទ្ធផល លទ្ធផលនៃ សេវាកម្ម ដែល កូន និង/ ឬ គ្រួសារ របស់ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន**

|   |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 16. កូនខ្ញុំ ពូកែ ដោះស្រាយ បញ្ហា វិកលចរិត ផ្លូវចិត្ត។             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. កូនខ្ញុំ មាន ទំនាក់ទំនង កាន់តែ ប្រសើរ ជាមួយ មិត្ត ភ្នំ និង    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. កូនខ្ញុំ មាន ទំនាក់ទំនង កាន់តែ ប្រសើរ ជាមួយ មិត្ត ភ្នំ និង    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. កូនខ្ញុំ កំពុងទទួលបាន លទ្ធផល ល្អជាង មុននៅសាលា និង/ ឬ ការងារ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|   |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 20. កូន របស់ខ្ញុំ អាច ទប់ទល់ ដោះស្រាយ បាន ប្រសើរ ជាង មុន នៅពេល ល្អ មួយ មាន បញ្ហា។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. ខ្ញុំ ពេញចិត្តនឹង ជីវិត គ្រួសារ របស់ខ្ញុំ នាពេល លក់នូវ នេះ ។                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. កូនខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿង ដែល លាក់ ចង់ ធ្វើ បាន ប្រសើរ ជាង មុន។                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

សំរាប់ សំណួរ ចំនួនបួនបន្ទាប់ សូមឆ្លើយ សំណួរ ទំនាក់ទំនង ជាមួយ យុគ្រល ដែល យក្រៅពី អ្នក ផ្តល់ សេវា សុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់អ្នក ។

**ជាលទ្ធផល លទ្ធផលនៃ សេវាកម្ម ដែល កូន និង/ ឬ គ្រួសារ របស់ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន**

|  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 23. ខ្ញុំ ស្គាល់ មនុស្សដែល នឹងស្គាល់ និង យល់ពីខ្លួន នៅពេល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ និយាយ។           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. ខ្ញុំ មាន មនុស្សដែល ល្អ ស្រួល និយាយជាមួយ យុគ្រល របស់ខ្ញុំ ។                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. នៅពេល មាន វិបត្តិ ខ្ញុំ នឹងមាន ការ គាំទ្រ ដែល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ ពីគ្រួសារ ឬ មិត្ត ភ្នំ ។ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែល ល្អ អាច ធ្វើ រឿង រីករាយ ជាមួយ យើង ។                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

27. តើ អ្វី ដែល លទ្ធផល មាន ប្រយោជន៍ បំផុត អំពី សេវាកម្ម ដែល អ្នក និងកូន របស់អ្នក បាន ទទួលបាន រយៈពេល ៦ ខែ ចុងក្រោយ នេះ ?

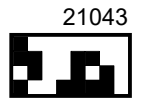
តើ មាន អ្វី ដែល នឹងធ្វើ ឱ្យ សេវាកម្ម នេះ បាន ប្រសើរ ឡើង? សូមផ្តល់ យោបល់ នៅទីនេះ ។ យើង ចាប់ អារម្មណ៍ ទាំង មក កិច្ចការ និង អវិជ្ជមាន ។

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

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

DHCS 1744 KH



\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ដូចតទៅនេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹងពីរបៀបដែល លក្ខន្តិក របស់អ្នក កំពុងធ្វើ ។

- តើ បច្ចុប្បន្ននេះ កូន របស់អ្នក កំពុងរស់នៅជាមួយ យុវក ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ
- តើ កូន របស់អ្នក បាន រស់នៅកន្លែង ណាមួយដូចតទៅនេះ នៅក្នុង រយៈពេល ៧ ថ្ងៃ មួយ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ? *សូមគ្រូសម្របសម្រួល គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាង ណាក៏ បាន*
  - ជាមួយឪពុក ឬ ម្តាយម្នាក់ ឬ ទាំងពីរនាក់  ទីជម្រកសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង  មណ្ឌលអប់រំកែប្រែរបស់រដ្ឋ
  - ជាមួយសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត family member  ផ្ទះសម្រាប់ក្រុមមនុស្សមានវិបត្តិ  រក់ចេញផ្ទះ/គ្មានផ្ទះសំបែង/រស់នៅតាមផ្លូវ
  - មណ្ឌលកុមារកំព្រា  មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា  ផ្សេងទៀត
  - មណ្ឌលព្យាបាលកុមារកំព្រា  មន្ទីរពេទ្យ
  - ទីជម្រកសម្រាប់អ្នកមានវិបត្តិ  ពន្ធនាគារក្នុងមូលដ្ឋានឬកន្លែងយុវជន
- កាល ពីម្ខាង មុន តើ កូន របស់អ្នក បាន ទៅជួបគ្រូ ពេទ្យ ( ឬគិលានុ បង្ហាញ កា ) ដើម្បី ពិនិត្យសុខភាព ឬក៏ដោយសារ គាត់ ឈឺទេ ?
  - បានជួប នៅក្នុងគ្លីនិក ឬ ការិយាល័យ  បានជួប ប៉ុន្តែមានតែនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ប៉ុណ្ណោះ  អត់មានទេ  មិនបានចាំទេ
- តើ កូន របស់អ្នក មាន កំពុងប្រើ ថ្នាំ សម្រាប់ បញ្ហាអារម្មណ៍ / អាកប្បកិរិយា រឺ យ៉ាង ណា ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ

4a. បើ មាន មែន តើ គ្រូ ពេទ្យ ឬ គិលានុ បង្ហាញ កា បាន ប្រាប់ អ្នក និង/ ឬ កូន របស់អ្នក នូវ ផលប៉ះពាល់ បន្ទាប់ នូវ អ្វី ខ្លះ ដែល អ្នក និង/ ឬ កូន របស់អ្នក គួរ យកចិត្តទុកដាក់ ?  មាន  អត់មានទេ

- តាម ការ ប៉ាន់ស្មាន តើ កូន របស់អ្នក បាន ទទួលសេវា មុននោះ នេះ ឬ ប៉ុណ្ណាហើយ ?
  - នេះជាការមកជួបពិនិត្យដើម្បីជាមួយគ្រូពេទ្យលើកដំបូងរបស់កូនខ្ញុំនៅទីនេះ។  1-2 ខែ
  - កូន របស់ខ្ញុំ បាន មកពិនិត្យ ម្តី ជាមួយ គ្រូ ពេទ្យ ច្រើន ដង មួយ ឆ្នាំ ប៉ុន្តែ បាន ទទួលសេវា មុន មិនទាន់ បាន ដល់មួយខែ នៅឡើយទេ ។  3-5 ខែ
  - ប្រើនិងជាង 1 ឆ្នាំ  6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
  - ប្រើនិងជាង 1 ឆ្នាំ  ប្រើនិងជាង 1 ឆ្នាំ

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 6 ដល់ទី 11

ប្រសិនបើ កូន របស់អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា មុន ខភាព ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់



**មួយឆ្នាំ ឬតិចជាង**

- តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន  មាន  អត់មានទេ ចាប់ តាំងពីចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា ខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ដែល រ ឬទេ ?
- តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុង  មាន  អត់មានទេ រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?
- ចាប់ តាំងពីកូន របស់អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា ខភាព ផ្លូវ ចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន របស់ពួកគេ ...
  - ត្រូវបានកាត់បន្ថយ *ឧទាហរណ៍ ពួកគេ នៅមិនទាន់ បាន យាក់ខ្លួន ឬមាន ជម្លោះ ជាមួយ យុវជន ឬនាំ ខ្លួន ដោយយុវជន ទៅកាន់ មន្ទីរ រយៈពេល មួយ ឬ ក្នុង អំឡុង មួយនាទី ឬ មួយនាទី យូរ*
  - នៅដដែល
  - បានកើនឡើង
  - មិនពាក់ព័ន្ធ *ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន នៅឡើយ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ*
- តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន បណ្តេញ ចេញពីសាលា  មាន  អត់មានទេ ឬ ការ ងារ ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ចាប់ តាំងពីចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា មុន ឬ ទេ ?
- តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន បណ្តេញ ចេញពីការ  មាន  អត់មានទេ ងារ ឬ សាលា ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ដែរ ឬទេ ?
- ចាប់ តាំងពីចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា មុន ចំនួន ថ្ងៃ ដែល លក្ខន្តិក ចូលរៀន គឺ៖
  - ច្រើនជាង  ប្រហែលដូចគ្នា  តិចជាង
  - មិនពាក់ព័ន្ធ → *សូមជ្រើសរើសថាហេតុអ្វីបានជាចំណុចនេះមិនអនុវត្ត*
    - កុមារមិនមានបញ្ហាជាមួយនឹងវត្តមាន មុនពេលចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា មុន ឬទេ
    - កុមារនៅក្មេងពេកមិនអាចចូលរៀននៅសាលាបានទេ
    - កុមារត្រូវបានបណ្តេញចេញពីសាលា
    - កុមារត្រូវបានផ្តល់ការសិក្សានៅផ្ទះ
    - កុមារបានឈប់រៀន
    - ផ្សេងទៀត

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 12 ដល់ទី 17

ប្រសិនបើ កូន របស់អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា មុន ខភាព ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់



**ច្រើន ដង មួយឆ្នាំ**

- តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុង  មាន  អត់មានទេ រយៈពេល ១២ ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ?
- តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុង  មាន  អត់មានទេ រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?
- ក្នុង រយៈពេល មួយឆ្នាំ ចុងក្រោយ នេះ តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន ជាមួយ យុវជន...
  - ត្រូវបានកាត់បន្ថយ *ឧទាហរណ៍ ពួកគេ នៅមិនទាន់ បាន យាក់ខ្លួន ឬមាន ជម្លោះ ជាមួយ យុវជន ឬនាំ ខ្លួន ដោយយុវជន ទៅកាន់ មន្ទីរ រយៈពេល មួយ ឬ ក្នុង អំឡុង មួយនាទី ឬ មួយនាទី យូរ*
  - នៅដដែល
  - បានកើនឡើង
  - មិនពាក់ព័ន្ធ *ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន នៅឡើយ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ*
- តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន បណ្តេញ ចេញពីការ  មាន  អត់មានទេ ងារ ឬ សាលា ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ មុនឬទេ ?
- តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន បណ្តេញ ចេញពីការ  មាន  អត់មានទេ ងារ ឬ សាលា ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ដែរ ឬទេ ?
- ក្នុង រយៈពេល មួយឆ្នាំ កន្លង ទៅនេះ ចំនួន ថ្ងៃ ដែល លក្ខន្តិក ចូលរៀន គឺ៖
  - ច្រើនជាង  ប្រហែលដូចគ្នា  តិចជាង
  - មិនពាក់ព័ន្ធ → *សូមជ្រើសរើសថាហេតុអ្វីបានជាចំណុចនេះមិនអនុវត្ត*
    - កុមារមិនមានបញ្ហាជាមួយនឹងវត្តមាន មុនពេលចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា មុន ឬទេ
    - កុមារនៅក្មេងពេកមិនអាចចូលរៀននៅសាលាបានទេ
    - កុមារត្រូវបានបណ្តេញចេញពីសាលា
    - កុមារត្រូវបានផ្តល់ការសិក្សានៅផ្ទះ
    - កុមារបានឈប់រៀន
    - ផ្សេងទៀត

\* CSI County Client Number

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

21043



**សូមស្នើ យល់ព្រម ដូចតទៅនេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹងបន្តិចបន្តួច ចំពោះកូនរបស់អ្នក ។**

18. តើ កូនរបស់អ្នក មាន ភេទ អ្វី ?  ប្រុស  អ្នកដែលបានរកកាត់ផ្លាស់ប្តូរភេទ : ភេទប្រុសទៅជាស្រី  
 សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាងល្អបំផុត  ស្រី  អ្នកដែលបានរកកាត់ផ្លាស់ប្តូរភេទ : ភេទស្រីទៅជាប្រុស  
 ភេទដែលពិបាកកំណត់ ដូចជាអ្នកប្តូរភេទជាដើម  អគ្គសញ្ញាណភេទមួយទៀត

19. តើ ឪពុកម្តាយ របស់អ្នក មាន ដើមកំណើតជាជនជាតិ ម៉ិកស៊ិកូ/ អេស្ប៉ាញ / អាមេរិកឡាទី ឬ ទេ ?  មាន  អត់មានទេ  មិនដឹងទេ

20. តើ កូនរបស់អ្នក ជាពូជសាសន៍អ្វី ?  ដើមកំណើតកណ្តាល ឬ អាឡាស្កាអាមេរិក  ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស្ករ  
 សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាងល្អបំផុត  អាស៊ី  សាសន៍មួយទៀត  
 ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ  មិនដឹង  
 ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

21. តើ កូនរបស់អ្នក កើតនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា ? 

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

 - 

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

 - 

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

22. តើ កូនរបស់អ្នក មាន ការ ធានារ៉ាប់រង Medi-Cal (Medicaid) ដែរ ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ

23. តើ សំណើឯកសារ ជាអក្សរ និង/ ឬ សេវាកម្ម ម្តេចម្នាក់ មិនឱ្យយើង លក់កូនរបស់អ្នក បាន ទទួលបាន គ្រូ ឬ បាន ផ្តល់ ជូនជាការងារ លក់កូន បាន ជ្រើសរើស មែន ទេ ?  មាន  អត់មានទេ  
 ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណ លេខ ប្រាប់ អំពីសេវាកម្ម ម្តេចម្នាក់ លក់កូន បាន សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម

24. បើ និយាយអំពីសេវាកម្ម ម្តេចម្នាក់ លក់កូនរបស់អ្នក បាន ទទួលបាន វិញ តើ ក្នុង កម្រិត ណាមួយ លក់កូន ធ្វើឡើង តាម រយៈការ ជួបពិគ្រោះ ដោយប្រយោល យោល តាម ទូរស័ព្ទ ឬ ការ ធ្វើ សន្ទនា សិន តាម វីដេអូ មុន ?  គ្មាន  តិចតួចណាស់  ប្រហែលពាក់កណ្តាល  ភ្លើងតែទាំងអស់  ទាំងអស់



25. តើ ការ ជួបពិគ្រោះ សុខភាព ដោយប្រយោល យោល មាន ផលប្រយោជន៍ កម្រិត ណាមួយ បើ ប្រៀបធៀបទៅនឹងការ ជួបពិគ្រោះ ដោយផ្ទាល់ សម្រាប់ កូនរបស់អ្នក ?  កាន់តែចុះអន់ថយ  ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន  ប្រហែលជាដូចគ្នា  ដូចជាប្រសើរជាងមុន  ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន  មិនពាក់ព័ន្ធ

26. ខ្ញុំ ចង់ ទទួលបាន ការ ព្យាបាល សុខភាព ផ្លូវចិត្ត កូនរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់ កម្មវិធីនេះ បន្ថែម ទៀត តាម រយៈការ ជួបពិគ្រោះ ដោយប្រយោល យោល  មិនយល់ព្រមខ្លាំង  មិនយល់ព្រម  អព្យាក្រឹត  យល់ព្រម  យល់ព្រមខ្លាំង  មិនពាក់ព័ន្ធ

**សូមអរគុណ ល្អណាស់ ចំណាយពេលស្នើ យល់ព្រម ទាំងនេះ !**

**FOR OFFICE USE ONLY**

County Code: 

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

 Date of Survey Administration: 

|   |   |
|---|---|
| 0 | 5 |
|---|---|

 / 

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

 / 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 2 | 0 | 2 | 4 |
|---|---|---|---|

 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 

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

