



MHSIP Consumer Survey - OLDER ADULT Spring 2024

Khmer

•សូម ជួយ ទីភ្នាក់ ងារ របស់ យើង កែលម្អ សេវាកម្ម ដោយ ឆ្លើយ សំណួរ មួយ ចំនួន។ ចម្លើយ របស់អ្នក នឹងត្រូវ បាន រក្សាទុក ក្នុង ម្ចាត់ ហើយនឹងមិនប៉ះពាល់ ដល់សេវាកម្ម ឬប្រាក់ ប្រដាប់ ឬអនាគត ដែលអ្នក ទទួលបាន នោះ ទេ ។

•សូមឆ្លើយ សំណួរ ខាងក្រោម ដោយផ្អែក លើ 6 ខែ ចុងក្រោយ ឬប្រសិនបើ អ្នក មិនបាន ទទួលសេវាកម្ម រយៈពេល 6 ខែ ទេ គ្រាន់តែ ផ្តល់ ចម្លើយ ដោយផ្អែក លើ សេវាកម្ម ដែលអ្នក បាន ទទួល ព្រឹត្តិកម្ម ដល់ពេលនេះ ។
សូមចង្អុល លបង្ហាញ ថា តើ អ្នក យល់ស្រប ខ្លាំង ឬ យល់ស្រប ស្តី ត្រឹមត្រូវ ចំពោះ កិច្ចការ មិនយល់ស្រប ឬមិនយល់ស្រប យ៉ាង ខ្លាំង ដូចជា យើងប្រយោគនិមួយៗ នៅខាងក្រោម នេះ ។ ជ្រើសរើស " មិនអាច អនុវត្តបាន " ប្រសិនបើ សំណួរ គឺអំពីអ្វី មួយដែល មិនដែល លើក ឡើយ ។

•សូមបំពេញ ក្នុង រង្វង់ ឱ្យបាន ត្រឹមត្រូវ មិន ត្រឹមត្រូវ

ពេញលេញ	យល់ព្រមខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
1. ខ្ញុំ ចូលចិត្តសេវាកម្ម ដែល ល្អ បាន ទទួលបាន នៅទីនេះ ។	<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 ដែរ ឬ ទេ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ខ្ញុំ នឹងណែនាំ ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ទៅឱ្យមិត្តភក្តិ ភ្នំ ឬ សមាជិក គ្រួសារ ។	<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 ។ ដូចជា កន្លែង ចតរថយន្ត មធ្យោបាយ ធ្វើ ដំណើរ សាធារណៈ ចម្ងាយ ជាដើម ។	<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 ល្អ គិតថា ចាំបាច់ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. បុគ្គលិក បាន ទូរស័ព្ទ ក្នុង រយៈពេល ២៤ ម៉ោង ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. សេវាកម្ម មាន នៅពេលដែល លោក សមស្រប ខ្លាំង ។	<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 ល្អ គិតថា ត្រូវ ការ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ខ្ញុំ អាច ជួបគ្រូ ពេទ្យ ផ្លូវ ចិត្តបាន នៅពេលណាដែល ល្អ ចង់ជួប ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. បុគ្គលិក នៅទីនេះ មាន ជំនាញ អាច រីកចម្រើន ផ្លាស់ ប្តូរ និង ធ្វើ ស្ទើរ យឺត បាន ។	<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 អំពីការ ព្យាបាល និងការ ប្រើ ថ្នាំ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាមាន សេរីភាព ក្នុង ការ តវ៉ា ។	<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 អំពីសិទ្ធិ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. បុគ្គលិក បាន លើកទឹកចិត្ត ឱ្យ ទទួលខុសត្រូវ លើ របៀបដែល ខ្ញុំ រស់នៅក្នុង ជីវិត របស់ខ្ញុំ ។	<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.

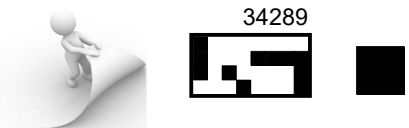
* CSI County Client Number

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

DHCS 1744 KH

34289

Must be entered on EVERY page



	យល់ព្រម ខ្ពស់ ង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រម ខ្លាំង ង	មិនពាក់ព័ន្ធ
15. បុគ្គលិក កបាន ប្រាប់ ខ្ញុំ ពីផលប៉ះពាល់ បន្ទាប់ បន្សំ អវិជ្ជា ដែលខ្ញុំ គួរ យកចិត្តទុកដាក់ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. បុគ្គលិក កបាន គោរព ព្រមព្រៀង ប្រាកដ ប្រជាន់ អំពីអ្នកណាដែល លក្ខណៈ ត្រូវ បាន និង អ្នក ណាដែល មិនត្រូវ បាន ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពីការ ព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ខ្ញុំ មិនមែន ជាបុគ្គលិក ទេ ដែលបាន សម្រេច ពីគោលដៅ ព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. បុគ្គលិក យល់ពីសារៈ ការ ប្រយោជន៍ របស់ខ្ញុំ ។ ដូចជា ពូជសាសន៍ សាសនា ភាសា ជាដើម	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. បុគ្គលិក កបាន ជួយឱ្យខ្ញុំ ទទួលបាន ព័ត៌មាន ដែលខ្ញុំ ត្រូវ ការ ដើម្បី ឱ្យខ្ញុំ អាច ទទួលបាន កម្រិត បំប្រុង ដល់ប្រាក់ របស់ខ្ញុំ បាន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន លើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើ ប្រាស់ កម្មវិធីដែល លក្ខណៈ បំប្រុង ដល់អ្នក ប្រើប្រាស់ ។ ក្រុមគ្រូ បង្រៀន មជ្ឈមណ្ឌល ចូលរួម បង្កើន យុទ្ធសាស្ត្រ វិធានការ វិជ្ជាជីវៈ របស់ខ្ញុំ ប្រាប់ អ្នក មាន វិបត្តិ ជាដើម	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ជំនួយ ផ្នែក លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន						
21. ខ្ញុំ ដោះស្រាយ បញ្ហាប្រចាំ ថ្ងៃ កាន់តែ មាន ប្រសិទ្ធភាព ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ខ្ញុំ អាច គ្រប់គ្រង ជំងឺ របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	<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"/>
24. ខ្ញុំ កំពុងមាន ទំនាក់ទំនង ប្រសើរ ជាង មុន ជាមួយ គ្រូសារ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ខ្ញុំ សម្រេចបាន លទ្ធផល ល្អ ប្រសើរ ជាង មុន នៅក្នុង គុណភាព សង្គម ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ខ្ញុំ សម្រេចបាន លទ្ធផល ល្អ ប្រសើរ ជាង មុន នៅសាលា និង/ឬ កន្លែងធ្វើការ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ស្ថានភាព ផ្ទះ របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ឡើង ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. រោគសញ្ញា របស់ខ្ញុំ មិនកំពុង រីករាលដាល ខ្លាំង ទេ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. ខ្ញុំ ធ្វើ រឿង ដែល ល្អ អត្ថប្រយោជន៍ យ៉ាងណា ខ្ញុំ ជាង មុន ។	<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 របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	<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 លក្ខណៈ មាន បញ្ហា ។	<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 ចង់ធ្វើ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



សំរាប់ សំណួរ ចំនួនបួនបន្ទាប់ សូមឆ្លើយសំរាប់ ទំនាក់ ទំនងជាមួយ យុគ្គល
 ដែលក្រៅពី អ្នក ផ្តល់ សេវាសុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់អ្នក ។

	យល់ព្រមខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
ជំនាញ លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម ដែល ល្អ បាន ទទួល						
33. ខ្ញុំ រីករាយ និងមិត្តភាព ដែល ល្អ មាន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែល ល្អ អាច ធ្វើ រឿង រីករាយ ជាមួយ បាន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាខ្ញុំ ជាសមាជិក កម្រិត នៅក្នុង ងងឹត ហតមន៍ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. នៅពេល មាន វិបត្តិ ខ្ញុំ នឹងមាន ការ គាំទ្រ ដែល ល្អ ត្រូវ ការ ពីគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



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

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

- នេះជាការចូលរួមពិនិត្យដំបូងជាមួយគ្រូពេទ្យលើកដំបូងរបស់ខ្ញុំនៅទីនេះ។ 1-2 ខែ
- ខ្ញុំ បាន ចូលរួមពិនិត្យ ម្តី ជាមួយ គ្រូពេទ្យ ប្រើ និយម មួយលើក 3-5 ខែ
- ប៉ុន្តែ ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវា មិន ទាន់ បាន មួយខែ នៅឡើយទេ ។ 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
- ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 2 ដល់ទី 4
ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្មសុខភាព
រដ្ឋ វិចិត្ត សម្រាប់

មួយឆ្នាំ ឬតិចជាង

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 5 ដល់ទី 7
ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ
វិចិត្ត សម្រាប់

ច្រើនជាង មួយឆ្នាំ

2. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន មាន អត់មានទេ
នូវឬទេ ចាប់ តាំងពីអ្នក
ចាប់ ផ្តើម មនុស្សសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត ?

5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន មាន អត់មានទេ
ក្នុង អំឡុងពេល ១២
ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ?

3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន មាន អត់មានទេ
ល្មនក្នុង អំឡុងពេល 12
ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?

6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន មាន អត់មានទេ
ក្នុង អំឡុងពេល 12
ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?

4. ចាប់ តាំងពីកូនរបស់អ្នក ចាប់ ផ្តើម មនុស្សសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត
តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន របស់ពួកគេ ...

7. ចាប់ តាំងពីអ្នក ចាប់ ផ្តើម មនុស្សសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្តតើ អ្នក មាន ជួបជាមួយ យុវជន ទេ ...

- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ
ខ្លាញ់ រ ណ៍ដូចជា
- ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ន
- នៅទីនោះ ប៉ុណ្ណោះ
- ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនាញ
- ជម្រក ឬ កម្មវិធី ជំនាញ ណាមួយ
- នៅដដែល
- បានកើនឡើង
- មិនពាក់ព័ន្ធ
ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជននៅឡើយ
នាំ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ
ខ្លាញ់ រ ណ៍ដូចជា
- ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ន
- នៅទីនោះ ប៉ុណ្ណោះ
- ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនាញ
- ជម្រក ឬ កម្មវិធី ជំនាញ ណាមួយ
- នៅដដែល
- បានកើនឡើង
- មិនពាក់ព័ន្ធ
ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជននៅឡើយ
នាំ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

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

8. តើ អ្នក មាន ភេទ អ្វី ?

- ប្រុស
- ស្រី
- ភេទដែលពិបាកកំណត់ ដូចជាអ្នកប្តូរភេទជាដើម

សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាង ល្អពាក់ ព័ន្ធ

- អ្នកដែលបានរៀនកាត់ផ្តាសាយប្តូរភេទ : ភេទប្រុសទៅជាស្រី
- អ្នកដែលបានរៀនកាត់ផ្តាសាយប្តូរភេទ : ភេទស្រីទៅជាប្រុស
- អត្តសញ្ញាណភេទមួយទៀត

9. តើ អ្នក គិតអំពីខ្លួន ឯងថាជាអ្វី :

- តើអ្នកគិតអំពីខ្លួនឯងថាជាអ្វី :
- ប្រុសស្រីឡាញ់ប្រុស ឬស្រីស្រីឡាញ់ស្រី
- ភេទពីរប្រុសក៏ស្រីឡាញ់ស្រីក៏ស្រីឡាញ់

សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាង ល្អពាក់ ព័ន្ធ

- ទំនោរភេទមួយទៀត
- មិនដឹង
- ជ្រើសរើសនឹងមិនឆ្លើយ

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page

10. តើ អ្នក មាន ដើមកំណើតម៉ិកស៊ិក/ អេស្ប៉ាញ / អាមេរិកឡាទី ន? មាន អត់មានទេ មិនដឹង

11. តើ អ្នក ជាពូជសាសន៍អ្វី ? *សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយដែលពាក់ព័ន្ធ*
 ដើមកំណើតឥណ្ឌា ឬ អាឡាស្កាអាមេរិក ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស
 អាស៊ី សាសន៍មួយទៀត
 ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ មិនដឹង
 ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

12. តើ អ្នក កើតនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា?

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

13. តើ សំណៅឯកសារ ជាអក្សរ និង/ ឬ សេវាកម្ម ម្តេច មួយ ដែលអ្នក បាន ទទួល មាន អត់មានទេ
ត្រូវ បាន ផ្តល់ ជូនជាភាសាដៃ លម្អិត ជ្រើសរើស មែនទេ ?
ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណដៃ លេខ បរាប់ អំពីសេវាកម្ម ម្តេច មួយ ដែលអ្នក បាន សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម

14. តើ គ្រូ គិតអំពីសេវាកម្ម ម្តេច មួយ ដែលអ្នក បាន ទទួល, តើ តាម តេលេសុខភាព ចំនួនប៉ុន្មាន ?
តាម ទូរស័ព្ទ ឬការ ធ្វើ សន្ទិសិទ្ធតាម វីដេអូ
 គ្មាន តិចតួចណាស់ ប្រហែលពាក់កណ្តាល ស្ទើរតែទាំងអស់ ទាំងអស់

15. តើ ការ ពិនិត្យតាម រយៈពេល telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹងការ មកពិនិត្យដោយផ្ទាល់ មុខតាម បែបប្រពៃណី
 កាន់តែចុះអន់ថយ ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន ប្រហែលជាដូចគ្នា ដូចជាប្រសើរជាងមុន ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន
 មិនពាក់ព័ន្ធ

16. ខ្ញុំ ចង់ទទួលបាន ការ ព្យាបាល សុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់ខ្ញុំ សម្រាប់ កម្មវិធីនេះ បន្ថែម ទៀត
តាម រយៈពេល ការ ជួបពិគ្រោះ ដោយប្រយោល
 មិនយល់ព្រមខ្លាំង មិនយល់ព្រម អព្យាក្រឹត យល់ព្រម យល់ព្រមខ្លាំង
 មិនពាក់ព័ន្ធ

17. សូមផ្តល់ យោបល់នៅទីនេះ ៖ យើងចាប់ អារម្មណ៍ ទាំង មតិកិច្ចបរិច្ឆេទ និង អវិជ្ជមាន ៖
ដូចគ្នានេះ ផងដែរ ប្រសិនបើ មាន ផ្នែក ណាមួយ ដែលមិនត្រូវ បាន គ្របដណ្តប់ ដោយកម្រ ងសំណួរ នេះ ដែលអ្នក គិតថា គួរ មាន សូមសរសេរ ពួកវានៅទីនេះ ៖
សូមអរគុណចំពោះ ពេលវេលា និងការ សហការ របស់អ្នក ក្នុង ការ បំពេញកម្រង ងសំណួរ នេះ ៖

សូមអរគុណដល់ការ ចំណាយពេលវេលា លើការ 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

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

Must be entered on EVERY page