

- 저희 기관의 서비스 개선을 위해 몇 가지 질문에 답변해 주세요. 답변은 기밀로 유지되며 귀하가 받을 현재 또는 미래의 서비스에 영향을 미치지 않습니다.
- 최근 6개월을 기준으로 다음 질문에 답변해 주세요. 또는 최근 6개월 동안 서비스를 받지 않은 경우 지금까지 받은 서비스를 기준으로 답변하시기 바랍니다. 다음 질문을 각각 읽고 다음 중에서 적절한 답을 선택하세요. **전혀 동의하지 않음, 동의하지 않음, 모르겠음, 동의함, 전적으로 동의함.** 질문이 본인이 경험하지 않은 것에 관한 것이라면 **해당사항없음**을 선택해서 해당 항목이 적용되지 않는다고 알려 주세요.

• 동그라미를 완전하게 넣어 주십시오

옳은 틀렸다

	전혀 동의하지 않음	동의하지 않음	모르겠음	동의함	전적으로 동의함	해당사항없음
1. 전반적으로 내가 받은 서비스에 만족함.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 스스로 서비스를 선택했음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 본인 치료 목표 선택에 기여함.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 도움을 준 사람들이 어떤 상황에서도 곁을 지키고 있었음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 문제가 생겼을 때 이야기를 나눌 누군가가 있다고 느꼈음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 본인 치료에 참여함.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 제공된 서비스가 잘 맞았음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 서비스를 받는 위치가 편리했음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 편리한 시간에 서비스를 이용할 수 있었음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 원했던 도움을 받았음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 필요한 만큼 충분한 도움을 받았음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 직원들은 나를 존중했음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. 직원들은 내 가족의 종교적/영적 믿음을 존중했음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 직원들은 내가 이해하는 방식으로 나와 대화를 나눴음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. 직원들은 나의 문화적/민족적 배경에 주의를 기울였음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
제공받은 서비스의 직접적인 결과:						
16. 일상 생활을 더 잘함.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. 가족과 더 잘 지냄.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. 친구 등 다른 사람들과 더 잘 지냄.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. 학교 및/또는 직장 생활을 더 잘함.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. 일이 잘못되었을 때 더 잘 대처할 수 있음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. 현재 가정 생활에 만족함.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. 하고 싶은 일들을 더 잘할 수 있음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

다음 4개 질문에 대해서는 귀하의 정신 건강 서비스 제공자 이외의 사람과의 관계에 대해 답변해 주세요.

제공받은 서비스의 직접적인 결과:

23. 이야기를 나눠야 할 때 내 이야기를 들어 주고 이해해 줄 사람들을 알고 있음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. 내 문제에 대해 편안하게 이야기할 수 있는 사람들이 있음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. 위기 상황에서 가족이나 친구들로부터 필요한 지원을 받을 것임.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. 즐거운 일을 함께 할 수 있는 사람들이 있음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. 지난 6개월 동안 받은 서비스에서 가장 도움이 된 것은 무엇인가요? 어떻게 하면 본 기관의 서비스를 개선할 수 있을까요? 여기에 의견을 적어 주세요. 긍정적이거나 부정적인 피드백 모두 환영합니다.

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



어떻게 지내시는지 파악할 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

1. 최근 6개월 동안 다음 장소에 거주한 적이 있나요? 해당 항목에 모두 표시해 주세요
- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 부모 또는 부모 중 한 명과 함께 | <input type="checkbox"/> 노숙자 쉼터 | <input type="checkbox"/> 국가 교정 시설 |
| <input type="checkbox"/> 다른 가족과 함께 | <input type="checkbox"/> 그룹홈 | <input type="checkbox"/> 가출/노숙/거류 |
| <input type="checkbox"/> 위탁 가정 | <input type="checkbox"/> 거주 치료 센터 | <input type="checkbox"/> 기타 |
| <input type="checkbox"/> 치료 위탁 가정 | <input type="checkbox"/> 병원 | |
| <input type="checkbox"/> 위기 보호소 | <input type="checkbox"/> 지역의 교도소 또는 구류 시설 | |
2. 작년에 건강 검진을 받거나, 질병으로 인해 의사(또는 간호사)를 만난 적이 있나요?
 예, 진료소나 진료실에서 예, 병원이나 응급실에서만 아니오 기억나지 않음
3. 정서적/행동적 문제로 약물 치료를 받고 있나요? 예 아니오
- 3a. '예'라고 답한 경우, 의사나 간호사가 어떤 부작용을 조심해야 하는지 알려 주었나요? 예 아니오

4. 본 기관에서 자녀가 서비스를 받은 기간이 대략 얼마나 되나요? (한 개의 옵션을 선택하세요.)

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 오늘 처음 방문함 | <input type="checkbox"/> 1~2개월 |
| <input type="checkbox"/> 두 번 이상 방문했지만, 서비스를 받은 기간은 한 달 미만임 | <input type="checkbox"/> 3~5개월 |
| | <input type="checkbox"/> 6개월~1년 |
| | <input type="checkbox"/> 1년 이상 |

다음 기간 동안 정신 건강 서비스를 받고 계시다면 질문 #5~10에 답하십시오 1년 이하	다음 기간 동안 정신 건강 서비스를 받고 계시다면 질문 #11~16에 답하십시오 1년 이상
5. 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 체포된 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 6. 그전 12개월 동안 체포된 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 7. 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 경찰과 만난 횟수가... <input type="checkbox"/> 줄었음 <i>예를 들어 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기프로그램으로 데려가지 않았음</i> <input type="checkbox"/> 전과 동일 <input type="checkbox"/> 증가 <input type="checkbox"/> 해당사항없음 <i>올해 또는 작년에 경찰과 만난 적이 없음</i> 8. 서비스를 받기 시작한 이후에 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 9. 서비스를 시작하기 전 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 10. 서비스를 받기 시작한 이후, 학교에 있었던 일수는: <input type="checkbox"/> 증가 <input type="checkbox"/> 거의 동일 <input type="checkbox"/> 감소 <input type="checkbox"/> 해당 항목 없음 → <i>이것이 해당하지 않는 이유를 선택해 주십시오</i> <input type="checkbox"/> 서비스 시작 전에 출석에 문제가 없었음 <input type="checkbox"/> 학교에서 퇴학 당함 <input type="checkbox"/> 홈 스쿨링 중 <input type="checkbox"/> 학교를 그만둠 <input type="checkbox"/> 기타	11. 지난 12개월 동안 체포된 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 12. 그전 12개월 동안 체포된 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 13. 작년 한 해 동안 경찰과의 만남이... <input type="checkbox"/> 줄었음 <i>예를 들어 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기프로그램으로 데려가지 않았음</i> <input type="checkbox"/> 전과 동일 <input type="checkbox"/> 증가 <input type="checkbox"/> 해당사항없음 <i>올해 또는 작년에 경찰과 만난 적이 없음</i> 14. 최근 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 15. 서비스를 시작하기 전 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 16. 작년 한 해 동안 학교에 있었던 일수는: <input type="checkbox"/> 증가 <input type="checkbox"/> 거의 동일 <input type="checkbox"/> 감소 <input type="checkbox"/> 해당 항목 없음 → <i>이것이 해당하지 않는 이유를 선택해 주십시오</i> <input type="checkbox"/> 서비스 시작 전에 출석에 문제가 없었음 <input type="checkbox"/> 학교에서 퇴학 당함 <input type="checkbox"/> 홈 스쿨링 중 <input type="checkbox"/> 학교를 그만둠 <input type="checkbox"/> 기타

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



본인에 대해 저희가 좀 더 잘 파악할 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

17. 성별은 무엇인가요?
해당 항목에 모두 표시해 주세요
- 남자
 여자
 어느 것도 아님 (남성도 여성도 아님)
- 트랜스젠더: 여성에서 남성으로
 트랜스젠더: 남성에서 여성으로
 또 하나의 성 정체성
18. 귀하는 스스로를 어떻게 생각하십니까?
해당 항목에 모두 표시해 주세요
- 스트레이트/이성애자
 게이 또는 레즈비언
 양성애자
- 또 하나의 성 지향성
 모름
 답하고 싶지 않음
19. 멕시코/히스패닉/남아메리카 출신인가요? 예 아니오 모름
20. 인종은 무엇인가요?
해당 항목에 모두 표시해 주세요
- 아메리카 원주민/알래스카 원주민
 아시아인
 흑인/아프리카계 미국인
 아메리카 원주민/기타 태평양 섬 주민
- 백인
 기타 인종
 알 수 없음
21. 생년월일이 언제인가요?
- 월 낮 년도
- | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | | - | | | - | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
22. Medi-Cal(Medicaid) 보험이 있나요? 예 아니오
23. 귀하가 받으신 서면 문서 및/또는 서비스가 귀하가 선호하는 언어로 제공되었습니까? 예 아니오
예: 이용 가능한 서비스, 소비자로서의 권리 및 정신 건강 교육 자료를 설명하는 브로슈어

24. 귀하께서 제공받은 서비스 중에서 텔레헬스/텔레메디슨 이 차지하는 비중은 어느 정도 입니까?
전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스
- 전혀 없다 아주 약간 절반 정도 거의 대부분 전부
25. 전통적인 직접 방문에 비해 귀하의 원격 진료 방문은 얼마나 도움이 되었습니까?
- 훨씬 악화 약간 나빴음 거의 비슷했음 약간 좋았음 훨씬 좋았음 해당사항없음
26. 이번 프로그램에서 원격의료로 내 정신 건강 치료를 받기를 선호한다
- 전혀 동의하지 않음 동의하지 않음 중립적임 동의함 전적으로 동의함 해당사항없음



시간을내어이 질문에 답 해주셔서 감사합니다!

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

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

32702



Must be entered on EVERY page