



- 저희 기관의 서비스 개선을 위해 몇 가지 질문에 답변해 주세요. 답변은 기밀로 유지되며 귀하 또는 귀하의 자녀가 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 본인 또는 자녀가 경험하지 않은 것에 관한 것이라면 **해당사항없음**을 선택해서 해당 항목이 적용되지 않는다고 알려 주세요.

바른 표기법 ● 틀린 표기법 ○ ⊗ ⊕ ⊙

• 동그라미를 완전하게 넣어 주십시오

	전혀 동의하지 않음	동의하지 않음	모르겠음	동의함	전적으로 동의함	해당사항없음
1. 전반적으로 자녀가 받은 서비스에 만족함.	○	○	○	○	○	○
2. 자녀의 서비스를 선택하는 것을 도왔음.	○	○	○	○	○	○
3. 자녀의 치료 목표를 선택하는 것을 도왔음.	○	○	○	○	○	○
4. 우리 아이를 돕는 사람들은 어떤 상황에서도 곁을 지키고 있었음.	○	○	○	○	○	○
5. 아이에게 문제가 생겼을 때 아이가 이야기를 나눌 누군가가 있다고 느꼈음.	○	○	○	○	○	○
6. 자녀의 치료에 참여했음.	○	○	○	○	○	○
7. 자녀 및/또는 가족이 받은 서비스가 우리에게 잘 맞았음.	○	○	○	○	○	○
8. 서비스를 받는 위치가 우리에게 편리했음.	○	○	○	○	○	○
9. 편리한 시간에 서비스를 이용할 수 있었음.	○	○	○	○	○	○
10. 우리 가족은 우리 자녀에 대해 원했던 도움을 받았음.	○	○	○	○	○	○
11. 우리 가족은 우리 자녀에게 필요한 만큼 충분한 도움을 받았음.	○	○	○	○	○	○
12. 직원들은 나를 존중했음.	○	○	○	○	○	○
13. 직원들은 우리 가족의 종교적/영적 믿음을 존중했음.	○	○	○	○	○	○
14. 직원들은 내가 이해하는 방식으로 나와 대화를 나눴음.	○	○	○	○	○	○
15. 직원들은 나의 문화적/민족적 배경에 주의를 기울였음.	○	○	○	○	○	○
자녀 및/또는 가족이 받은 서비스의 직접적인 결과:						
16. 아이가 일상 생활을 더 잘함.	○	○	○	○	○	○
17. 아이가 가족과 더 잘 지냄.	○	○	○	○	○	○
18. 아이가 친구 등 다른 사람들과 더 잘 지냄.	○	○	○	○	○	○
19. 아이가 학교 및/또는 직장 생활을 더 잘함.	○	○	○	○	○	○
20. 일이 잘못되었을 때 아이가 더 잘 대처할 수 있음.	○	○	○	○	○	○
21. 현재 가정 생활에 만족함.	○	○	○	○	○	○
22. 아이가 자신이 하고 싶은 일들을 더 잘할 수 있음.	○	○	○	○	○	○

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

자녀 및/또는 가족이 받은 서비스의 직접적인 결과:

23. 이야기를 나눠야 할 때 내 이야기를 들어 주고 이해해 줄 사람들을 알고 있음.	○	○	○	○	○	○
24. 나는 자녀의 문제에 대해 편안하게 이야기할 수 있는 사람들이 있다.	○	○	○	○	○	○
25. 위기 상황에서 가족이나 친구들로부터 필요한 지원을 받을 것임.	○	○	○	○	○	○
26. 즐거운 일을 함께 할 수 있는 사람들이 있음.	○	○	○	○	○	○

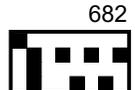
27. 지난 6개월 동안 귀하와 자녀가 받은 서비스에서 가장 도움이 된 것은 무엇인가요? 어떻게 하면 본 기관의 서비스를 개선할 수 있을까요? 여기에 의견을 적주세요. 긍정적이거나 부정적인 피드백 모두 환영합니다.

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 KO



Must be entered on EVERY page

자녀가 어떻게 지내는지 알 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

1. 현재 자녀와 함께 살고 계신가요? 예 아니오
2. 최근 6개월 동안 자녀가 다음 장소에 살았던 적이 있나요?
해당 항목에 모두 표시해 주세요

<input type="radio"/> 부모 또는 부모 중 한 명과 함께	<input type="radio"/> 노숙자 쉼터	<input type="radio"/> 국가 교정 시설
<input type="radio"/> 다른 가족과 함께	<input type="radio"/> 그룹홈	<input type="radio"/> 가출/노숙/거리
<input type="radio"/> 위탁 가정	<input type="radio"/> 거주 치료 센터	<input type="radio"/> 기타
<input type="radio"/> 치료 위탁 가정	<input type="radio"/> 병원	
<input type="radio"/> 위기 보호소	<input type="radio"/> 지역의 교도소 또는 구류 시설	
3. 작년엔 자녀가 건강 검진을 받거나 아프다는 이유로 의사(또는 간호사)를 만난 적이 있나요?
 예, 진료소나 진료실에서 예, 병원이나 응급실에서만 아니오 기억나지 않음
4. 자녀가 정서적/행동적 문제로 약물 치료를 받고 있나요? 예 아니오
- 4a. '예'라고 답하신 경우, 의사나 간호사가 귀하 및/또는 자녀에게 어떤 부작용이 있는지 알려 주었나요? 예 아니오

5. 본 기관에서 자녀가 서비스를 받은 기간이 대략 얼마나 되나요?
- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="radio"/> 오늘 처음 방문했음 | <input type="radio"/> 1~2개월 |
| <input type="radio"/> 두 번 이상 방문했지만, 서비스를 받은 기간은 한 달 미만임 | <input type="radio"/> 3~5개월 |
| | <input type="radio"/> 6개월~1년 |
| | <input type="radio"/> 1년 이상 |

다음 기간 동안 정신 건강 서비스를 받고 계시다면 질문 #6~11에 답해 주십시오

1년 이하

다음 기간 동안 정신 건강 서비스를 받고 계시다면 질문 #12~17에 답해 주십시오

1년 이상

6. 자녀가 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후엔 체포된 적이 있나요? 예 아니오
7. 그전 12개월 동안엔 자녀가 체포된 적이 있나요? 예 아니오
8. 자녀가 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후엔 경찰과 만나는 횟수가...
 줄었음
예를 들어, 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기 프로그램으로 데려가지 않았음
 전과 동일
 증가
 해당사항없음
올해 또는 작년엔 경찰과 만난 적 없음
9. 서비스를 시작한 후 자녀가 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요? 예 아니오
10. 자녀가 서비스를 받기 전 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요? 예 아니오
11. 서비스를 받기 시작한 이후, 자녀가 학교에 있었던 일수는:
 증가 거의 동일 감소
 해당 항목 없음 ↓
이것이 해당하지 않는 이유를 선택해 주십시오
 서비스를 시작하기 전에 자녀의 출석에 문제가 없었음
 자녀가 학교에 가기에는 너무 어려움
 자녀가 학교에서 퇴학 처분을 받았음
 자녀가 홈스쿨링 방식으로 공부하고 있음
 자녀가 학교를 그만두었음
 기타

12. 지난 12개월 동안 자녀가 체포된 적이 있나요? 예 아니오
13. 그전 12개월 동안엔 자녀가 체포된 적이 있나요? 예 아니오
14. 작년 한 해 동안 자녀가 경찰과 만난 적이 있나요?
 줄었음
예를 들어, 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기 프로그램으로 데려가지 않았음
 전과 동일
 증가
 해당사항없음
올해 또는 작년엔 경찰과 만난 적 없음
15. 자녀가 지난 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요? 예 아니오
16. 자녀가 서비스를 받기 전 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요? 예 아니오
17. 작년 한 해 동안 자녀가 학교에 있었던 일수는:
 증가 거의 동일 감소
 해당 항목 없음 ↓
이것이 해당하지 않는 이유를 선택해 주십시오
 서비스를 시작하기 전에 자녀의 출석에 문제가 없었음
 자녀가 학교에 가기에는 너무 어려움
 자녀가 학교에서 퇴학 처분을 받았음
 자녀가 홈스쿨링 방식으로 공부하고 있음
 자녀가 학교를 그만두었음
 기타

* CSI County Client Number

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

Must be entered on EVERY page



682



자녀에 대해 좀 더 알 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

18. 자녀의 성별은 무엇인가요?
 해당 항목에 모두 표시해 주세요
- 남자 트랜스젠더: 여성에서 남성으로
 여자 트랜스젠더: 남성에서 여성으로
 어느 것도 아님 (남성도 여성도 아님) 또 하나의 성 정체성
19. 아이의 부모 중에 멕시코/히스패닉/남아메리카 출신이 있나요? 예 아니오 알 수 없음
20. 자녀의 인종은 무엇인가요?
 해당 항목에 모두 표시해 주세요
- 아메리카 원주민/알래스카 원주민 백인
 아시아인 기타 인종
 흑인/아프리카계 미국인 알 수 없음
 아메리카 원주민/기타 태평양 섬 주민
21. 자녀의 생년월일은 언제인가요?
- 월 일 년도
- -
22. 자녀에게 Medi-Cal(Medicaid) 보험이 있나요? 예 아니오
23. 귀하의 아이가 받은 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. 지금 생각해 보실 때 아이가 받은 서비스 중에서 원격의료가 차지하는 비중은 얼마나 되었습니까?
 전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스
- 전혀 없다 아주 약간 절반 정도 거의 대부분 전부
25. 귀하의 아이를 위한 원격의료 방문은 기존의 직접 방문과 비교해서 얼마나 도움이 되었습니까?
- 훨씬 악화 약간 나빴음 거의 비슷했음 약간 좋았음 훨씬 좋았음 해당사항없음
26. 이번 프로그램에서 원격의료로 내 아이의 정신 건강 치료를 받기를 선호한다
- 전혀 동의하지 않음 동의하지 않음 중립적임 동의함 전적으로 동의함 해당사항없음



시간을내어 이 질문들에 답해 주셔서 감사합니다!

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

682



Must be entered on EVERY page