



- សូមជួយគ្នា ងារ រ បស់យើងធ្វើ ឲ្យសេវាប្រសើរឡើងដោយឆ្លើយសំណួរ មួយចំនួន។ ចម្លើយ របស់អ្នក នឹងទុកជាការ សម្ងាត់ ហើយនឹងមិនមាន គន្លឹះ ពេលលើសេវាកម្ម ប្រឡង ឬ អនាគតនៃ អ្នក ឬ កូន របស់អ្នក នឹងទទួលបាន ឡើយ
- សូមឆ្លើយ យ៉ាង ត្រឹមត្រូវ ដោយផ្អែកលើសេវាកម្ម រយៈពេល ៦ ខែ ចុងក្រោយនេះ ឬ ប្រសិនបើសេវាកម្ម មិន ត្រូវបាន ទទួលបាន រយៈពេល ៦ ខែ មកហើយ អ្នក គ្រាន់តែ ផ្តល់ ចម្លើយ ដោយផ្អែកលើសេវាកម្ម ដែលបាន ទទួលបាន ព្រឹក្សា មកដល់ពេលនេះ បានហើយ។ សូមចង្អុល ល្អប្រសើរ ថា អ្នក មិនយល់ស្រប ជាដាច់ខាត មិនយល់ស្រប មិនទាន់សម្រប ចិត្ត យល់ស្រប ឬ យល់ស្រប ជាដាច់ខាត ដូច្នោះ ការ អះអាង នីមួយៗខាងក្រោម ។ ប្រសិនបើ សំណួរ ទាក់ទងនឹងអ្វី មួយដែល អ្នក ឬ កូន របស់អ្នក មិនបាន ជួបប្រទះ សូមជ្រើសយក ចម្លើយ មិនពាក់ព័ន្ធ ដើម្បី បង្ហាញ ថា សំណួរ នេះ មិនពាក់ព័ន្ធ។

សូមបំពេញ ក្នុង រង្វង់ ឱ្យបាន ពេញលេញ។	ត្រឹមត្រូវ ១	មិនត្រឹមត្រូវ ១	មិនយល់ព្រម ល្អ	មិនយល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	យល់ព្រម	យល់ព្រម ខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
1. ជារួម ឬ ពេញចិត្តនឹង សេវាកម្ម ដែល លក្ខណៈ របស់ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន	<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. ខ្ញុំ បាន ជួយជ្រើសរើស សេវាកម្ម របស់ខ្ញុំ ។	<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 បាន ជួយជ្រើសរើស គោលដៅ ព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។	<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. មនុស្សដែល ជួយខ្ញុំ នៅជាប់ជាមួយយើង មិនថាមាន បញ្ហាអ្វី ក៏ដោយ។	<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. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា កូន របស់ខ្ញុំ មាន គ្នាដើម្បី និយាយជាមួយ នៅពេល លក់ 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"/>
6. ខ្ញុំ បាន ចូលរួម ក្នុង ការ ព្យាបាល កូន របស់ខ្ញុំ ។	<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 ដែល លក្ខណៈ នឹង/ ឬ គ្រួសារ ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន ត្រឹមត្រូវ សម្រាប់ យើង។	<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. ទីតាំងសេវាកម្ម មាន ភាពងាយស្រួលសម្រាប់ យើង។	<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. សេវាកម្ម មាន នៅតាម ពេលវេលា ដែល យើង ត្រូវ លេចមុខ យើង។	<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. គ្រួសារ របស់ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន លើកលែង ឬ បាន សម្រាប់ កូន របស់ខ្ញុំ ។	<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. គ្រួសារ របស់ខ្ញុំ ទទួលបាន ជំនួយ ឬ និយមន័យ ដែល យើង ត្រូវ ការ សម្រាប់ កូន របស់ខ្ញុំ ។	<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. បុគ្គលិក បាន ប្រព្រឹត្តិ ចំពោះ ខ្ញុំ ដោយការ គោរព។	<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. បុគ្គលិក បាន គោរព ជំនឿ ខាង វិញ្ញាណ និង សាសនា របស់គ្រួសារ 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 និយាយជាមួយ យើង តាម របៀបដែល យល់។	<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 យល់ពីសារៈ ការ ប្រយោជន៍/ ជនជាតិ របស់ខ្ញុំ ។	<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 លទ្ធផលនៃ សេវាកម្ម ដែល លក្ខណៈ នឹង/ 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"/>	<input type="radio"/>
17. កូនខ្ញុំ មាន ទំនាក់ទំនង កាន់តែ ប្រសើរ ជាមួយ មនុស្ស គ្រួសារ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. កូនខ្ញុំ មាន ទំនាក់ទំនង កាន់តែ ប្រសើរ ជាមួយ មិត្តភក្តិ និង មនុស្ស ទី ១ ទៀត។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. កូនខ្ញុំ កំពុង ទទួលបាន លទ្ធផល ល្អជាង មុននៅសាលា និង/ ឬ ការងារ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. កូន របស់ខ្ញុំ អាច ទប់ទល់នឹង ស្រាយ បាន ប្រសើរ ជាង មុន នៅពេល លក្ខណៈ មួយមាន បញ្ហា។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ខ្ញុំ ពេញចិត្តនឹង ជីវិត គ្រួសារ របស់ខ្ញុំ នាពេល លក្ខណៈ នេះ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. កូនខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿង ដែល លក់ ចង់ធ្វើ បាន ប្រសើរ ជាង មុន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

សំរាប់ សំណួរ ចំនួន បួន បន្ទាប់ សូមឆ្លើយ យ៉ាង ត្រឹមត្រូវ ទំនាក់ទំនង ជាមួយ យុវជន ដែល ត្រូវ អ្នក ផ្តល់ សេវា ខ្លាត ផ្លូវ ចិត្ត របស់អ្នក ។

ជាលទ្ធផល លទ្ធផលនៃ សេវាកម្ម ដែល លក្ខណៈ នឹង/ ឬ គ្រួសារ របស់ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន						
23. ខ្ញុំ ម្ចាស់ មនុស្សដែល លក់ យល់ពីខ្ញុំ នៅពេល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ និយាយ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ខ្ញុំ មាន មនុស្សដែល លក់ ស្រួល និយាយជាមួយ យើង បញ្ហា កូន របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<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 មិត្តភក្តិ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែល លក់ អាច ធ្វើ រឿង ក្រោយ ជាមួយ យើង ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. តើ អ្វី ដែល លក់ ឱ្យ មាន ប្រយោជន៍ បំផុត អំពី សេវាកម្ម ដែល លក់ នឹង កូន របស់អ្នក បាន ទទួលបាន រយៈពេល 6 ខែ ចុងក្រោយ នេះ ?  
 តើ មាន អ្វី ដែល លក់ ធ្វើ 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

13774



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

**សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ដូចតទៅនេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹងពីរបៀបដែល លក្ខន្តិកៈ របស់អ្នក កំពុងធ្វើ ។**

- តើ បច្ចុប្បន្ននេះ កូន របស់អ្នក កំពុងរស់នៅជាមួយ យើង ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ
- តើ កូន របស់អ្នក បាន រស់នៅកន្លែង ណាមួយដូចតទៅនេះ នៅក្នុង រយៈពេល ៧ ថ្ងៃ មួយ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ? *សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាង លម្អិត ពីនេះ*
  - ជាមួយឪពុក ឬ ម្តាយម្នាក់ ឬ ទាំងពីរនាក់  ទីជម្រកសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង  មណ្ឌលអប់រំកែប្រែរបស់រដ្ឋ
  - ជាមួយសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត  ផ្ទះសម្រាប់ក្រុមមនុស្សមានវិបត្តិ  រក់ចេញផ្ទះ/គ្មានផ្ទះសំបែង/រស់នៅតាមផ្លូវ
  - មណ្ឌលកុមារកំព្រា  មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា  ផ្សេងទៀត
  - មណ្ឌលព្យាបាលកុមារកំព្រា  មន្ទីរពេទ្យ
  - ទីជម្រកសម្រាប់អ្នកមានវិបត្តិ  ពន្ធនាគារក្នុងមូលដ្ឋានឬកន្លែងឃុំឃាំង
- កាល ពីម្ខាង មុន តើ កូន របស់អ្នក បាន ទៅជួបគ្រូ ពេទ្យ ( ឬគិលានុបដ្ឋាយិកា ) ដើម្បី ពិនិត្យសុខភាព ឬក៏ដោយសារ គាត់ ឈឺទេ ?
  - បានជួប នៅក្នុងគ្លីនិក ឬ ការិយាល័យ  បានជួប ប៉ុន្តែមានកែនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ប៉ុណ្ណោះ  អត់មានទេ  មិនបានចាំទេ
- តើ កូន របស់អ្នក មាន កំពុងប្រើ ថ្នាំ សម្រាប់ បញ្ហាអារម្មណ៍ / អាកប្បកិរិយា ដែរ ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ

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

- តាម ការ ប៉ាន់ស្មាន តើ កូន របស់អ្នក បាន ទទួលសេវា កម្ម ឬ នៅទី នេះ ឬ ប៉ុណ្ណាហើយ ?
  - នេះជាការមកជួបពិនិត្យដើម្បីយកគ្រូពេទ្យលើកដំបូងរបស់កូនខ្ញុំនៅទីនេះ។  1-2 ខែ
  - កូន របស់ខ្ញុំ បាន មកពិនិត្យ ម្តង ម្តង ជាមួយ គ្រូ ពេទ្យ ច្រើន ដង មួយ ខែ ប៉ុន្តែ បាន ទទួលសេវា កម្ម មិនទាន់ បាន ដល់មួយខែ នៅទៀត យើង ។  3-5 ខែ
  - កូន របស់ខ្ញុំ បាន មកពិនិត្យ ម្តង ម្តង ជាមួយ គ្រូ ពេទ្យ ច្រើន ដង មួយ ខែ ប៉ុន្តែ បាន ទទួលសេវា កម្ម មិនទាន់ បាន ដល់មួយខែ នៅទៀត យើង ។  6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
  - ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ  ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 6 ដល់ទី 11  
ប្រសិនបើ កូន របស់អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្ម សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 12 ដល់ទី 17  
ប្រសិនបើ កូន របស់អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្ម សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់

- មួយឆ្នាំ ឬតិចជាង**
- តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន  មាន  អត់មានទេ ចាប់ តាំងពីចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ដែរ ឬទេ ?
  - តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន  មាន  អត់មានទេ រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?
  - ចាប់ តាំងពីកូន របស់អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន របស់ពួកគេ ...  ត្រូវបានកាត់បន្ថយ *ឧទាហរណ៍ ពួកគេ នៅមិនទាន់ បាន យក ខ្លួន ឬ មាន ជម្លោះ ជាមួយ យុវជន ឬ នាំ ខ្លួន ដោយបំប្លែង ទៅកាន់ មន្ទីរ រយៈពេល ដ៏ វែង ឬ ក៏ ធ្វើ មួយនាទី យើង*
    - 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 កម្ម ឬ ទេ ?
  - តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន បណ្តេញ  មាន  អត់មានទេ ចេញពីការ ងារ ឬ សាលា ឬ ត្រូវ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ក្នុង រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ដែរ ឬទេ ?
  - ចាប់ តាំងពីចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា កម្ម ចំនួន ថ្ងៃ ដែល លក្ខន្តិកៈ ចូលរៀន គឺ៖
    - ច្រើនជាង  ប្រហែលដូចគ្នា  តិចជាង
    - មិនពាក់ព័ន្ធ → *សូមជ្រើសរើសថាហេតុអ្វីបានជាចំណុចនេះមិនអនុវត្ត*
      - កុមារមិនមានបញ្ហាជាមួយនឹងវត្តមាន មុនពេលចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា កម្ម ឬទេ
      - កុមារនៅក្មេងពេកមិនអាចចូលរៀននៅសាលាបានទេ
      - កុមារត្រូវបានបណ្តេញចេញពីសាលា
      - កុមារត្រូវបានផ្តល់ការសិក្សានៅផ្ទះ
      - កុមារបានឈប់រៀន
      - ផ្សេងទៀត

- ច្រើនជាង មួយឆ្នាំ**
- តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន  មាន  អត់មានទេ រយៈពេល ១២ ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ?
  - តើ កូន របស់អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន  មាន  អត់មានទេ រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?
  - ក្នុង រយៈពេល មួយឆ្នាំ ចុងក្រោយ នេះ តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន...  ត្រូវបានកាត់បន្ថយ *ឧទាហរណ៍ ពួកគេ នៅមិនទាន់ បាន យក ខ្លួន ឬ មាន ជម្លោះ ជាមួយ យុវជន ឬ នាំ ខ្លួន ដោយបំប្លែង ទៅកាន់ មន្ទីរ រយៈពេល ដ៏ វែង ឬ ក៏ ធ្វើ មួយនាទី យើង*
    - 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 រយៈពេល 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 រយៈពេល ១២ ខែ មុនពេលនោះ ដែរ ឬទេ ?
  - ក្នុង រយៈពេល មួយឆ្នាំ កន្លង ទៅនេះ ចំនួន ថ្ងៃ ដែល លក្ខន្តិកៈ ចូលរៀន គឺ៖
    - ច្រើនជាង  ប្រហែលដូចគ្នា  តិចជាង
    - មិនពាក់ព័ន្ធ → *សូមជ្រើសរើសថាហេតុអ្វីបានជាចំណុចនេះមិនអនុវត្ត*
      - កុមារមិនមានបញ្ហាជាមួយនឹងវត្តមាន មុនពេលចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា កម្ម ឬទេ
      - កុមារនៅក្មេងពេកមិនអាចចូលរៀននៅសាលាបានទេ
      - កុមារត្រូវបានបណ្តេញចេញពីសាលា
      - កុមារត្រូវបានផ្តល់ការសិក្សានៅផ្ទះ
      - កុមារបានឈប់រៀន
      - ផ្សេងទៀត

\* CSI County Client Number

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

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

13774



18. តើ កូនរបស់អ្នក គឺអ្វី ?  បុរស  ស្ត្រី
19. តើ ឪពុកម្តាយ របស់អ្នក មាន ដើមកំណើតជាជនជាតិ ម៉ិកស៊ិកូ/ អេស្ប៉ាញ / អាមេរិកឡាទី ទេ ?  មាន  អត់មានទេ  មិនដឹងទេ
20. តើ កូនរបស់អ្នក ជាពូជសាសន៍អ្វី ?  ដើមកំណើតកណ្តា ឬ អាឡាស្កាអាមេរិក  ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស  
 អាស៊ី  សាសន៍មួយទៀត  
 សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាងលម្អិត ព័ន្ធ  ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ  មិនដឹង  
 ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត
21. តើ កូនរបស់អ្នក កើតនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា? 

--	--

 ខែ 

--	--

 ថ្ងៃ 

--	--	--	--

 ឆ្នាំ
22. តើ កូនរបស់អ្នក មាន ការ ធានារ៉ាប់រង Medi-Cal (Medicaid) ដែរ ឬទេ ?  មាន  អត់មានទេ
23. តើ សំណៅឯកសារ ជាអក្សរ និង/ ឬ សេវាកម្ម មុន ឯង បាន ឱ្យកូនរបស់អ្នក បាន ទទួល គ្រូ វិទ្យាល័យ ឬ ជូនជាភាសាដទៃ លក់ បាន ជ្រើសរើស មែនទេ ?  មាន  អត់មានទេ  
 ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណ លេខ ប្រាប់ អំពីសេវាកម្ម មុន លក់ បាន សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម
24. បើ និយាយអំពីសេវាកម្ម មុន ឯង លក់ បាន កូនរបស់អ្នក បាន ទទួលវិញ តើ ក្នុង កម្រិត ណាមួយ លក់ បាន ធ្វើ ឡើង តាម រយៈកាល ដូចតទៅនេះ ដោយប្រយោល តាម ទម្រង់ ឬ ការ ធ្វើ សន្ទនា រឺ ដទៃ អ្វី មួយ ?  គ្មាន  តិចតួចណាស់  ប្រហែលពាក់កណ្តាល  ភ្លើងតែទាំងអស់  ទាំងអស់

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

26. ខ្ញុំ ចង់ទទួលបាន ការ ព្យាបាល សុខភាព ផ្លូវចិត្ត កូនរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់ កម្មវិធីនេះ បន្ថែម ទៀត តាម រយៈកាល ដូចតទៅនេះ ដោយប្រយោល  មិនយល់ព្រមខ្លាំង  មិនយល់ព្រម  អព្យាក្រឹត  យល់ព្រម  យល់ព្រមខ្លាំង  មិនពាក់ព័ន្ធ



សូមអរគុណ លើការ ចំណាយពេលវេលា យល់ព្រម ទាំងនេះ !

FOR OFFICE USE ONLY

County Code: 

--	--

 Date of Survey Administration: 

0	5	/			/	2	0	2	6
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

 County Reporting Unit: 

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

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 

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

