



**ជាលទ្ធផល លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម មួយ លទ្ធផល បាន ទទួល**

33 ខ្ញុំ រីករាយ និងមិត្តភាព ដែល មាន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34 ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែល លទ្ធផល 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 ឯកសារគម្រោង របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 នៅពេលមាន វិបត្តិ ខ្ញុំ នឹងមាន ការ គាំទ្រ ដែល លទ្ធផល ត្រូវ ការ ពីគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**សំណួរ ស្តី ពីគុណភាព ជីវិត**

សូមឆ្លើយ យល់ស្រាប់ នីមួយៗ ដូចតទៅនេះ:

ដោយជ្រើសយកចម្លើយ យ៉ាង លឿនបំផុត ពីបទពិសោធន៍ របស់អ្នក ឬអារម្មណ៍ របស់អ្នក បាន ប្រសើរ ជាង គេ ។ ចំពោះ សំណួរ មួយចំនួន អ្នក អាច ជ្រើសយកចម្លើយ មិនពាក់ព័ន្ធ ប្រសិនបើ សំណួរ នោះ មិនពាក់ព័ន្ធចំពោះ អ្នក ។

ការ ពេញចិត្តនឹង ជីវិតទូទៅ	មិនពេញចិត្ត កម្រិត ខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត កម្រិត	ភាគច្រើន មិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត កម្រិត	ភាគច្រើន ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត ខ្លាំង
1. ជាទូទៅ តើ អ្នក មាន អារម្មណ៍ យ៉ាងណាដែរ ចំពោះ ជីវិត របស់អ្នក ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>ស្ថានភាព រស់នៅ</b>	មិនពេញចិត្ត កម្រិត ខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត កម្រិត	ភាគច្រើន មិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត កម្រិត	ភាគច្រើន ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត ខ្លាំង
សូមគិតអំពីស្ថានភាព រស់នៅបច្ចុប្បន្ន របស់អ្នក ។							
2. តើ អ្នក មាន អារម្មណ៍ យ៉ាងណាចំពោះ :							
a. ការ រៀបចំការ រស់នៅតាម កន្លែង ដែល អ្នក រស់នៅ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ភាព ឯកជនដែល អ្នក មាន នៅទីនោះ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. លទ្ធភាព នៃ ស្នាក់ នៅកន្លែង ដែល អ្នក កំពុង រស់នៅ ប្រឡូននៅកន្លែង រយៈពេល ល្បួង ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>សុខភាព និង ការ ធ្វើ កិច្ចការ ជាធម្មតាប្រចាំថ្ងៃ</b>	មិនពេញចិត្ត កម្រិត ខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត កម្រិត	ភាគច្រើន មិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត កម្រិត	ភាគច្រើន ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត ខ្លាំង
សូមគិតអំពី របៀបដែល អ្នក ចំណាយពេលវេលា របស់អ្នក ។							
3. តើ អ្នក មាន អារម្មណ៍ យ៉ាងណាចំពោះ :							
a. របៀបដែល អ្នក ចំណាយពេលវេលា របស់អ្នក ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ឱកាស ដែល អ្នក ត្រូវ រីករាយ និងរៀន រយៈពេល រីករាយ ឬ ស្រស់ស្អាត ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ចំនួននៃ ការ រីករាយ ដែល អ្នក មាន ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ចំនួននៃ ការ សម្រាក លំហែ នៅក្នុង ជីវិត របស់អ្នក ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ជាទូទៅ តើ អ្នក ជួបជាមួយ យល់ស្រាប់ ពេញចិត្តខ្លាំង ឬ មិន ។

យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ  យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយខែ  មិនដែលជួបជាមួយគ្រប់គ្រាន់ ៖

យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍  ក៏ដូចជាម្តងក្នុងមួយខែ  មិនមានគ្រូបង្រៀន/មិនពាក់ព័ន្ធ

5. តើ អ្នក មាន អារម្មណ៍ យ៉ាងណាចំពោះ :	មិនពេញចិត្ត កម្រិត ខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត កម្រិត	ភាគច្រើន មិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត កម្រិត	ភាគច្រើន ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត ខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
a. របៀបដែល អ្នក និងគ្រួសារ របស់អ្នក ប្រព្រឹត្តិ ក្នុង ពេលវេលា ទៅវិញទៅមក?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ស្ថានភាព តើ មាន បច្ចុប្បន្ន ទៅរក អ្នក និងគ្រួសារ របស់អ្នក ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ទំនាក់ទំនង ឯកសារ**

6. តើ អ្នក ធ្វើ រឿង ដូចតទៅនេះ ប្រហែល លឿនបំផុត ប៉ុន្មានដែរ ?

a. តើ ពេលវេលា លាប៉ុន្មាន ដែល អ្នក មាន ការ ប្រាស្រ័យ ទាក់ទង ជាមួយ អ្នក មាន ជាមួយ យុគ្រួសារ លមិន រស់នៅជាមួយ អ្នក ?

យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ  យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយខែ  មិនដែលជួបជាមួយគ្រប់គ្រាន់ ៖

យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍  ក៏ដូចជាម្តងក្នុងមួយខែ  មិនពាក់ព័ន្ធ

b. ចំណាយពេលវេលា យុគ្រួសារ ដែល អ្នក គិតលើ សកម្មភាព ប្រពន្ធ មិត្តប្រុស ឬ មិត្តស្រី ?

យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ  យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយខែ  មិនដែលជួបជាមួយគ្រប់គ្រាន់ ៖

យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍  ក៏ដូចជាម្តងក្នុងមួយខែ  មិនពាក់ព័ន្ធ

\* CSI County Client Number

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

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

មិនពេញចិត្ត តាមខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត	ភាគច្រើនមិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត ក្នុង	ភាគច្រើនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត ខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<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. តើអ្នកមានអារម្មណ៍យ៉ាងណាចំពោះ៖
- a. រឿងដែលអ្នកធ្វើជាមួយអ្នកដទៃ?
  - b. ចំនួននៃពេលវេលាដែលអ្នកចំណាយជាមួយអ្នកដទៃ?
  - c. មនុស្សដែលអ្នកជួបក្នុងសង្គម?
  - d. ចំនួននៃមិត្តភាពនៅក្នុងជីវិតរបស់អ្នក?

**ហិរញ្ញវត្ថុ**

8. ក្នុងអំឡុងពេលមួយខែកន្លងមកនេះ តើជាទូទៅអ្នកមានប្រាក់គ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ចំណាយលើរបស់របរដូចតទៅនេះ ដែរឬទេ?
- a. ម្ហូបអាហារ?  មាន  អត់មានទេ
  - b. សម្លៀកបំពាក់?  មាន  អត់មានទេ
  - c. លំនៅដ្ឋាន?  មាន  អត់មានទេ
  - d. ធ្វើដំណើរគ្រប់ទីកន្លែងសម្រាប់រឿងដូចជាការទិញទំនិញ ការណាត់ជួបពេទ្យ ឬទៅលេងមិត្តភក្តិ និងសាច់ញាតិ ជាដើម?  មាន  អត់មានទេ
  - e. សកម្មភាពសង្គមដូចជាខ្សែភាពយន្ត ឬបរិភោគនៅកន្លែងសម្លាញ់?  មាន  អត់មានទេ

**ច្បាប់ & សុវត្ថិភាព**

9. កាលពីខែមុន តើអ្នកជាជនគ្រោះដោយសារ៖
- a. បទឧក្រិដ្ឋហិង្សាណាមួយដូចជាការវាយប្រហារ ការចាប់រំលោភ ការវាយប្តូរ យកទ្រព្យសម្បត្តិ ឬអំពើប្តឹងជាដើម?  មាន  អត់មានទេ
  - b. បទឧក្រិដ្ឋហិង្សាណាមួយដូចជាចោរ គាស់ផ្ទះ ចោរលួចទ្រព្យសម្បត្តិ ឬលុយកាក់ ឬត្រូវគេបោកប្រាស់ជាដើម?  មាន  អត់មានទេ
10. កាលពីខែមុន តើអ្នកត្រូវបានចាប់ខ្លួនប៉ុន្មានដងពីបទឧក្រិដ្ឋណាមួយ?
- គ្មានការចាប់ខ្លួនទេ  ចាប់ខ្លួនមួយលើក  ចាប់ខ្លួនពីរលើក  ចាប់ខ្លួនបីលើក  ចាប់ខ្លួនបួនលើក ឬច្រើនជាងនេះ

11. តើអ្នកមានអារម្មណ៍យ៉ាងណាចំពោះ៖
- a. តើអ្នកមានសុវត្ថិភាពប៉ុន្មានដងនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក?
  - b. តើនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅមានសុវត្ថិភាពប៉ុន្មានដង?
  - c. ការការពារដែលអ្នកមានពីការប្តឹង ឬវាយប្រហារ?

មិនពេញចិត្ត តាមខ្លាំង	មិនពេញចិត្ត	ភាគច្រើនមិនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត មិនពេញចិត្ត ក្នុង	ភាគច្រើនពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត	ពេញចិត្ត ខ្លាំង
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**សុខភាព**

12. តើអ្នកមានអារម្មណ៍យ៉ាងណាចំពោះ៖
- a. សុខភាពរបស់អ្នកជាទូទៅ?
  - b. លក្ខខណ្ឌរាងកាយរបស់អ្នក?
  - c. សុខុមាលភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នក?

\* 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 យូរ ប៉ុន្មាន ហើយ?

- នេះ ជាការ ចូលរួម ពិនិត្យ ជាមួយ គ្រូពេទ្យ លើក ដំបូង របស់ ខ្ញុំ នៅទីនេះ។
- ខ្ញុំ បាន ចូលរួម ពិនិត្យ ជាមួយ គ្រូពេទ្យ ច្រើន ជាង មួយ លើក ប៉ុន្តែ ខ្ញុំ បាន ទទួលសេវា មិនទាន់ បាន មួយ ខែ នៅឡើយទេ។
- 1-2 ខែ
- 3-5 ខែ
- 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
- ច្រើន ជាង 1 ឆ្នាំ

<p>សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 2 ដល់ទី 4 ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ 1 ចិត្ត សម្រាប់  <b>មួយឆ្នាំ ឬ តិចជាង</b></p>	<p>សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 5 ដល់ទី 7 ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ 1 ចិត្ត សម្រាប់  <b>ច្រើនជាង មួយឆ្នាំ</b></p>
<p>2. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព រដ្ឋ 1 ចិត្ត ? <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ</p> <p>3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេល នោះ ឬទេ ? <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ</p> <p>4. ចាប់ តាំងពី កូន របស់ អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព រដ្ឋ 1 ចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីន របស់ ពួកគេ ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ត្រូវបាន កាត់បន្ថយ</li> <li><i>ឧទាហរណ៍ ដូចជា ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា ទៅដោយ ប៉ូលីស ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយ ប៉ូលីស ទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយ ក ឬ កម្មវិធី បង្កើន ណាមួយ</i></li> <li><input type="radio"/> នៅដដែល</li> <li><input type="radio"/> បាន កើនឡើង</li> <li><input type="radio"/> មិនពាក់ព័ន្ធ</li> </ul> <p><i>ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីន នៅឆ្នាំ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ</i></p>	<p>5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល 90 ថ្ងៃ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ? <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ</p> <p>6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល 12 ខែ មុនពេល នោះ ឬទេ ? <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ</p> <p>7. ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព រដ្ឋ 1 ចិត្ត តើ អ្នក មាន ជំងឺ ជាមួយ យុវលីន ទេ ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ត្រូវបាន កាត់បន្ថយ</li> <li><i>ឧទាហរណ៍ ដូចជា ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា ទៅដោយ ប៉ូលីស ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយ ប៉ូលីស ទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយ ក ឬ កម្មវិធី បង្កើន ណាមួយ</i></li> <li><input type="radio"/> នៅដដែល</li> <li><input type="radio"/> បាន កើនឡើង</li> <li><input type="radio"/> មិនពាក់ព័ន្ធ</li> </ul> <p><i>ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីន នៅឆ្នាំ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ</i></p>

\* CSI County Client Number

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

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



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

8. តើ អ្នក មាន ភេទ អ្វី ?  ប្រុស  អ្នកដែលបានរក្សាការស្ងៀមស្ងាម : ភេទប្រុសទៅជាស្រី  
 ស្រី  អ្នកដែលបានរក្សាការស្ងៀមស្ងាម : ភេទស្រីទៅជាប្រុស  
 ភេទដែលពិបាកកំណត់ ដូចជាអ្នកប្តូរភេទជាដើម  អត្តសញ្ញាណភេទមួយទៀត
9. តើ អ្នក គិតអំពីខ្លួន ឯងថាជាអ្វី ?  ភេទចម្រុះ/មនុស្សមានការស្រឡាញ់ស្នេហាអ្នកភេទដ្ឋយ  ទំនោរភេទមួយទៀត  
 ស្រុកស្រឡាញ់ប្រុស ឬស្រីស្រឡាញ់ស្រី  មិនដឹង  
 ភេទពីរប្រុសក៏ស្រឡាញ់ស្រីក៏ស្រឡាញ់  ជ្រើសរើសនឹងមិនឆ្លើយ
10. តើ អ្នក មាន ដើមកំណើតម៉ិកស៊ិក/ អេស្ប៉ាញ / អាមេរិកឡាទី ឬ ?  មាន  អត់មានទេ  មិនដឹង
11. តើ អ្នក ជាពូជសាសន៍អ្វី ?  ដើមកំណើតកណ្តា ឬ អាឡាស្កាអាមេរិក  ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស  
 អាស៊ី  សាសន៍មួយទៀត  
 ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ  មិនដឹង  
 ជនជាតិដើមអាមេរិកកាំង / អ្នករស់នៅដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

12. តើ អ្នក កើតនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា? 

--	--

 - 

--	--

 - 

--	--	--	--

13. តើ សំណើឯកសារ ជាអក្សរ និង/ ឬ សេវាកម្ម មុន ឯង បាន ទទួល  មាន  អត់មានទេ  
 ត្រូវ បាន ផ្តល់ ជូនជាភាសាដែល ល្អ បំផុត សម្រាប់ អ្នក ប្រើប្រាស់ ទេ ?  
 ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណដែល ល្អ បំផុត អំពីសេវាកម្ម ដែល អាច រកបាន សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើប្រាស់ និង  
 ព័ត៌មាន អំពី សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម

14. ឥឡូវ គិតអំពីសេវាកម្ម មុននា ដែល អ្នក បាន ទទួល, តើ តាម តេលេសុខភាព ចំនួនប៉ុន្មាន ?

តាម ទូរស័ព្ទ ឬការ ធ្វើ សន្ទនា សម្រាប់ អ្នក ប្រើប្រាស់ ទេ ?  
 គ្មាន  តិចតួចណាស់  ប្រហែលពាក់កណ្តាល  ស្ទើរតែទាំងអស់  ទាំងអស់

15. តើ ការ ពិនិត្យតាម រយៈពេល telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹងការ មកពិនិត្យដោយផ្ទាល់ មុខតាម បែបប្រពៃណី មាន សារៈ ប្រយោជន៍ ល្អ បំផុត ឬ ទេ ?  
 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 ទាំងអស់ អំពី អ្វី ដែល អ្នក បាន ទទួលបាន និង អ្វី ដែល អ្នក មិនបាន ទទួលបាន ។ ដូចគ្នានេះ ផងដែរ ប្រសិនបើ មាន ផ្នែក ណាមួយ ដែល មិនត្រូវ បាន គ្រប់គ្រង ដោយកម្រ ឬ មិន បាន គ្រប់គ្រង នេះ ដែល អ្នក គិតថា មាន សូមសរសេរ ពួកវានៅទីនេះ ។  
 សូមអរគុណចំពោះ ពេលវេលា និង ការ សហការ របស់អ្នក ក្នុង ការ បំពេញកម្រ ឯងនេះ ។

**សូមអរគុណ លើការ ចំណាយពេលវេលា របស់អ្នក ទាំងអស់នេះ !**

FOR OFFICE USE ONLY

County Code: 

--	--

 Date of Survey Administration: 

0	5
---	---

 / 

--	--

 / 

2	0	2	5
---	---	---	---

 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  

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

