

County / Provider Use Only

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

CalOMS Provider ID input fields

Program Reporting Unit input fields

Treatment Setting (required): OP/IOP Residential OTP/NTP Detox/WM (standalone) Partial hospitalization

لطفاً جهت بهبود خدمات، به پرسش های زیر در مورد تجربه ی خود در برنامه پاسخ دهید. اگر سوال در مورد موضوعی است که استفاده کنید. پاسخ های شما محرمانه باقی می ماند و [Not applicable] شما آن را تجربه نکرده اید، از عبارت "کاربرد ندارد بر خدمات حال حاضر و یا این

Survey table with 6 columns for response frequency (کاملاً مخالف, مخالف, نظری ندارد, موافقه, کاملاً موافقه, مصداق ندارد) and 16 numbered questions regarding treatment satisfaction and outcomes.

Large empty rectangular box for providing additional comments or feedback.

اکنون کمی درباره خودتان بگویید

- 20. جنسیت شما چیست؟ (لطفاً تمامی مواردی که در مورد شما صدق می کند را انتخاب کنید)
21. آیا شما خود را به عنوان موارد زیر می شناسید؟
22. آیا شما از تبار مکزیکی، اسپانیایی یا لاتین هستید؟
23. نژاد / قومیت (لطفاً کلیه موارد مرتبط را انتخاب کنید):
24. محدوده سنی:



از اینکه وقت خود را صرف پاسخ گویی به این پرسش نامه می کنید، سپاسگزاریم!