

County / Provider
Use Only

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

Grid for CalOMS Provider ID

Grid for Program Reporting Unit

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

Կը խնդրենք պատասխանել այս հարցումներուն, որ կը վերաբերեն այս ծրագիրին մէջ ձեր փորձառութիւններուն՝ օգնելու բարելաւել ծառայութիւնները: Գործածեցեք «կիրարկելի չե», եթէ հարցումն այնպիսի բանի մը մասին է, որուն մասին դուք փորձառութիւն չ'ունեք: Ձեր պատասխանները :

Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել շրջանակը: Իշտ է Սխալ է

Table with 12 columns (1-12) and 22 rows of survey questions. Columns 11 and 12 are shaded grey.

22. Խնդրեմ մեզ տուէք ձեր մեկնաբանութիւնները: Այս ծրագրի ամենագոտակարը ի՞նչն էր: Այս ծրագրի ի՞նչը կը փոխէիք: Խնդրեմ որեւէ տեղեկութիւն չտաք՝ որ կը յայտնէ ձեր ինքնութիւնը: Օրինակ, ՄԻ ԳԼԷՔ ձեր անունը կամ հեռախոսի թիւը:

Large empty rectangular box for handwritten notes.

Հիմայ՝ քիչ մը պատմեցէք ձեր մասին:

- 23. Ո՞րն է ձեր սեռը (կը խնդրենք ընտրել բոլորը, որ կը վերաբերեն):
24. Դուք ինքզինքնիդ որպէս (կը խնդրենք ընտրել բոլոր անոնք, որոնք կը վերաբերեն) ինչ կ'զգայք.
25. Դուք մեքսիկեան /սպանական/հոլանդական ծագում ունե՞ք:
26. Ցեղ/Ազգութիւն (Խնդրեմ ընտրեցէք այն բոլորը՝ որոնք ձեզ կը վերաբերին):
27. Տարիք: [] []

Շնորհակալութիւն ձեզի որ ժամանակ տրամադրեցիք այս հարցումները պատասխանելու:

