



សំបាប់ ខោនធី/អ្នក ផ្តល់ សេ

CalOMS Provider ID (required)

Program Reporting Unit (if required by your county):

Grid for CalOMS Provider ID

Grid for Program Reporting Unit



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

សូមឆ្លើយ យល់ ទៅ ឯនេះ: អំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នក នៅក្នុង ឯកម្មវិធីនេះ:

ដើម្បី ជួយ កម្រិត លម្អិត សេវាកម្ម មួយ ចម្លើយ របស់អ្នក គឺជាការ សម្ងាត់ ហើយនឹងមិនមាន ឥទ្ធិពល លើ សេវាកម្ម ម្តង ម្កាល ឬ ប្រទេស ឬ អនាគត ដែល លម្អិត ទទួលបាន នោះ ទេ ។

ស្តី អំពីអ្វី ដែល លម្អិត មិនមាន បទពិសោធន៍ ទេ

សម្រាប់ ពេញ ដង ខាង ក្រោម នៃ ពាក្យថា "មិនពាក់ ព័ន្ធ"

ចំឡើយ របស់អ្នក គួរ តែ អាច អាន ដាច់ ដោយ កុំ ព្យាបាល ទេ ។ ដូច្នោះ ហើយ គ្រប់ ប្រើ

ប៊ិច បំពេញ នូវ រង្វង់ អោយបាន អស់ នឹង រើ សយក តែ ចំឡើយ មួយ តែ ប៉ុណ្ណោះ នៃ សំណួរ នីមួយៗ ។

យល់ព្រមខ្លាំង
យល់ព្រម
អព្យាក្រឹត
មិនយល់ព្រម
មិនយល់ព្រមខ្លាំង
មិនពាក់ព័ន្ធ

- 1. ទីកន្លែង នៃ សេវាកម្ម ម្តង ម្កាល ឯទ្វេ គឺមាន ភាព ងាយស្រួល ស ឬ សុខស្រួល លំអាប់ ខ្លួន ។ .
- 2. សេវាកម្ម ម្តង ម្កាល ដែល មាន នៅ ពេល លំអាប់ ឯអស់នោះ គឺមាន ភាព ងាយស្រួល ស ឬ សុខស្រួល លំអាប់ ខ្លួន ។ .
- 3. ខ្ញុំ មាន បទពិសោធន៍ ក្នុង ឯកម្មវិធី ចុះ ឈ្មោះ ចូល ទៅ ក្នុង ឯកម្មវិធី ព្យាបាល ។ .
- 4. អ្នក ពិគ្រោះ យោបល់ របស់ខ្ញុំ និងខ្ញុំ បាន ធ្វើ ការ រួមគ្នា ទៅ លើ គោលដៅ ទាំង ឯទ្វេ ។ .
- 5. ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន សេវាកម្ម ម្តង ម្កាល ដែល ល្អ គ្រប់ ប្រើ លំអាប់ ខ្លួន ។ .
- 6. បុគ្គលិក បាន ព្យាបាល រូប ខ្ញុំ ដោយ មាន ការ គោរព ។ .
- 7. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា អ្នក ពិគ្រោះ យោបល់ របស់ខ្ញុំ ចំណាយ ពេល លំអាប់ នូវ អ្វី ៗ ដែល ខ្ញុំ បាន និយាយ ។ .
- 8. ខ្ញុំ បាន អភិវឌ្ឍន៍ នូវ ទំនាក់ ទំនង វិជ្ជមាន និង គួរ អោយ អាច ទុក ចិត្ត បាន ជាមួយ នឹង អ្នក ពិគ្រោះ យោបល់ របស់ខ្ញុំ ។ .
- 9. បុគ្គលិក មាន ការ ទោទន់ បត់ បែន ទៅ តាម ប្រវត្តិ សារ តាម ប្រយោជន៍ របស់ខ្ញុំ (ជា តិ សា សី សាសនា ភាសា ។ ល។) .
- 10. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថា អ្នក ពិគ្រោះ យោបល់ របស់ខ្ញុំ មាន ចំណាប់ អារម្មណ៍ យ៉ាង ស្មោះ ស្ម័គ្រ ចំពោះ ខ្ញុំ និង យល់ អំពី ខ្ញុំ ។ .
- 11. ខ្ញុំ ចូល ចិត្ត អ្នក ពិគ្រោះ យោបល់ របស់ខ្ញុំ ទីនេះ ។ .
- 12. អ្នក ពិគ្រោះ យោបល់ របស់ខ្ញុំ មាន សមត្ថភាព ក្នុង ឯកម្មវិធី ជួយ ខ្ញុំ ។ .
- 13. បុគ្គលិក ក្នុង ទីនេះ បាន ធ្វើ អោយ ប្រាកដ ថា កំរិត ការ សុខភាព របស់ខ្ញុំ និង សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត របស់ខ្ញុំ ត្រូវ បាន ជួយ បំពេញ (ការ ពិនិត្យ រាង កាយ, អារម្មណ៍ ដែល មាន ការ ផ្តល់ ជំនួយ ។ ល។) .
- 14. បុគ្គលិក ក្នុង ទីនេះ បាន ជួយ ខ្ញុំ នូវ បញ្ហា និង សេចក្តី កង្វល់ នានា ដែល ខ្ញុំ មាន ដែល ពាក់ ព័ន្ធ ទៅ នឹង ផ្លូវ ចិត្ត របស់ខ្ញុំ / ការ សាកល្បង, ប្រព័ន្ធ គ្រួសារ និង ការ អប់រំ នានា ។ .



43751



15. អ្នក ពិគ្រោះ យោង បស់ខ្ញុំ បាន ផ្តល់ នូវ សេវា ចំ បាច់ នានា ដល់ គ្រូ សារ របស់ខ្ញុំ ។
16. ជាលទ្ធផល លំនៃ សេវានានា ដ៏ អស់ដៃ ល្អ បាន ទទួលខ្ញុំ ម ានការ ប្រសើរ ឡើង ក្នុង ការ ធ្វើ អ្វី ៗ នានា ដែល ខ្ញុំ ចង់ ធ្វើ ។
17. ជាទូទៅ, ខ្ញុំ មាន ការ ទេញចិត្ត និង ងទេ វាក ម្មនានា ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួល.
18. ខ្ញុំ នឹង ធ្វើ ការ ណែនាំ នូវ សេវានានា ដ៏ ងនេះ ទៅ កាន់ មិត្ត ភ័ក្ត្រ ណា ដែល គ្រូ រ ការ នូវ ជំនួយ ស ដៀងនេះ ។

19. ឥឡូវ គិត អំពី សេវាក ម្មនានា ដែល អ្នក បាន ទទួល, តើ តាម តេ លេ សុខភាព ចំនួន ប៉ុន្មាន (តាម ទូរស័ព្ទ ឬ ការ ធ្វើ សន្តិ សិទ្ធិ តាម វីដេអូ)?

គ្មាន តិចតួចណាស់ ប្រហែល ពាក់កណ្តាល ស្ទើរ តែ ទាំងអស់ ទាំងអស់

20. សូម អនុញ្ញាត ឱ្យ យើង ដឹង ពី យោង នានា របស់ អ្នក ។ តើ អ្វី ដែល មាន ប្រយោជន៍ បំផុត អំពី កម្មវិធី នេះ ? តើ អ្នក នឹង ផ្លាស់ ប្តូរ អ្វី អំពី កម្មវិធី នេះ ?

សូម កុំ ស រ សេវា ព័ត៌មាន ណាមួយ ដែល អាច បញ្ជាក់ ពី អត្តសញ្ញាណ អ្នក ។ ជាឧទាហរណ៍, កុំ ស រ ឈ្មោះ ឬ លេខ ទូរស័ព្ទ របស់ អ្នក ។

- ឥឡូវ ប្រាប់ យើង បន្តិ ចំអំពី ខ្លួន អ្នក ។
21. តើ អ្នក បាន ទទួល សេវាក ម្ម នៅ ទី នេះ តិចជាង 1 ខែ 1-5 ខែ 6 ខែ ឬ ច្រើនជាង
22. អត្តសញ្ញាណ ភេទ (សូម គូស ទាម អស់ ណា ដែល គ្រូ រ)
- ស្រី បុរស ខ្ចើយ អត្តសញ្ញាណ ទេ ទេ ទេ សេដ ទេ ទៀត
23. សាខា រ ជាតិ រ នៃ ទេ ព (សូម គូស ទាម អស់ ណា ដែល គ្រូ រ)
- អាមេរិកា ឥណ្ឌា / ជនជាតិ ដើម អាឡាសកា ជនជាតិ ដើម ហាវៃ / អ្នក កោះ ប៉ាស៊ីហ្វិក
- អាស៊ី ជនជាតិ ស្បែក ស
- ជនជាតិ ស្បែក ខ្មៅ / អាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង ផ្សេងៗ
- ឡាទីណូ មិន ដឹង

24. អាយុ

សូម អរ គុណ ដែល បាន ចំណាយ ពេល វេលា នូវ សំណួរ ទាំងអស់ នេះ !