



ស្ថាប័ន 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 ទាំងនេះ អំពីបទពិសោធន៍ របស់អ្នក នៅក្នុង ឯកម្មវិធីនេះ ដើម្បី ជួយ យើង យល់ ថា អ្នក មាន បទពិសោធន៍ ដូចម្តេច យល់ បទពិសោធន៍ គឺជាការ សម្រាប់ ហើយ យើង មិន មាន ឥទ្ធិពល លើ សេវាកម្ម ឬ ប្រព័ន្ធ ឬ អនាគត ដៃ លើ អ្នក ទទួលបាន នោះ ទេ ។



- ស្តី អំពី អ្វី ដែល អ្នក មិន មាន បទពិសោធន៍ ទេ សូម បំពេញ ប្លង់ ខាង ក្រោម នៃ តារាង ថ្មី "មិន ពាក់ ព័ន្ធ"
- ចំឡើយ របស់ អ្នក គួរ តែ អាច អាន ដាច់ ដោយ គ្រប់ ទ្រង់ ទ្រាយ ហើយ យុត្តិ ប្រើ ប៊ិច បំពេញ នូវ ប្លង់ អោយ បាន អស់ នឹង វិធី សមរម្យ ចំឡើយ តែ ប៉ុណ្ណោះ នៃ ស្តង់ដារ នីមួយៗ

យល់ព្រមខ្លាំង យល់ព្រម អព្យាក្រឹត មិនយល់ព្រម មិនយល់ព្រមខ្លាំង មិនពាក់ព័ន្ធ

Table with 18 rows of survey questions and 6 columns of response options (radio buttons).

19. ឥឡូវ គិត អំពី សេវាកម្ម ម្ចាស់ នៃ អ្នក បាន ទទួល តើ តាម តេលេស្ត ភាព ចម្លែក បំផុត (តាម ទូរស័ព្ទ ឬ ការ ធ្វើ សន្ទិះ សិរី តាម វីដេអូ)?

20. សូម អនុញ្ញាត ឱ្យ យើង ដឹង ពី យោបល់ នានា របស់ អ្នក តើ អ្វី ដែល អ្នក ប្រយោជន៍ បំផុត អំពី កម្មវិធី នេះ ? តើ អ្នក នឹង ផ្តល់ ឬ អ្វី អំពី កម្មវិធី នេះ ?

Large empty box for handwritten responses to question 20.

ឥឡូវ ប្រាប់ យើង បន្តិច អំពី ខ្លួន អ្នក ។

- 21. តើ អ្នក បាន ទទួល សេវាកម្ម ម្ចាស់ ទី នេះ  តិចជាង 1 ខែ  1-5 ខែ  6 ខែ ឬ ច្រើនជាង
- 22. អត្តសញ្ញាណ ភេទ (សូម គូស ទាម អស់ លើ ល្បួង ។)  ប្រុស  ស្រី  មិន ប្រាកដ  អត្តសញ្ញាណ មិន ច្បាស់
- 23. សាខា/ជាកូន មិន ទទួល (សូម គូស ទាម អស់ លើ ល្បួង ។)  អាមេរិក ឥណ្ឌូ/ជនជាតិ ដើម អាស៊ី  អាស៊ី  ជនជាតិ ឥណ្ឌូ/ជនជាតិ ដើម អាស៊ី  ជនជាតិ ឥណ្ឌូ/ជនជាតិ ដើម អាស៊ី  ជនជាតិ ឥណ្ឌូ/ជនជាតិ ដើម អាស៊ី
- 24. អាយុ

23563



សូម អរគុណ ដល់ លោក លោកស្រី យើង រួម គ្នា ទាំងអស់ គ្នា !