

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

Մեր ծառայությունները բարելավելու համար խնդրում ենք պատասխանել ծրագրի վերաբերյալ մի քանի հարցի: Այն հարցերին, որոնց հետ չեք առնչվել, պատասխանեք՝ «Գիտարանում եմ պատասխանել»: Հարցման պատասխանների արդյունքները գաղտնի են և չեն անդրադառնա ընթացիկ կամ հետագա ծառ:

Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել շրջանակը: Իշտ է Իսկայ է

Table with 7 columns: Question, and six Likert scale options (Strongly Dislike, Dislike, Neutral, Like, Strongly Like, Don't Know). Rows 1-16 cover general satisfaction and service quality. Rows 17-18 cover staff and facility satisfaction. Row 19 is a text box for comments.

Հիմա՝ մի քիչ պատմեք ձեր մասին:

- 20. Ո՞ր սեռին եք պատկանում (Ընտրեք համապատասխան բոլոր տարբերակները):
21. Դուք Ձեզ համարում եք (ընտրեք համապատասխան տարբերակները):
22. Մեքսիկացի՞ եք /իսպանախոս/ լատինաամերիկյան ծագում ունեք:
23. Ցեղ/Էթնիկություն (Խնդրեմ նշեք այն բոլորը որոնք ձեզ են վերաբերում):
24. Տարիքային համեմատություն:

Ճնորհակալ ենք, որ ժամանակ տրամադրում եք հարցերին պատասխանելու

