

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

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

Խնդրում ենք ամբողջութեամբ լրացնել շրջանակը: Իշտ է Սխալ է

Table with 6 columns: Question, and 5 Likert scale columns (Ուժգին համաձայն եմ, Համաձայն եմ, Ես չեմ գիտեր, Անհամաձայն եմ, Ուժգին անհամաձայն եմ, Չի վերաբերիր). Rows 1-19 cover various aspects of service quality and staff performance.

Հիմայ՝ քիչ մը պատմեցէք ձեր մասին:

- 20. Ո՞րն է ձեր սեռը (կը խնդրենք ընտրել բոլորը, որ կը վերաբերեն):
22. Դուք մերսիկեան /սպանական/հռոմմեական ծագում ունե՞ք:
23. Ցեղ/Ազգութիւն (Խնդրեմ ընտրեցէք այն բոլորը՝ որոնք ձեզ կը վերաբերին):
24. Տարիք:

Ճորհակալութիւն ձեզի որ ժամանակ տրամադրեցիք այս հարցումները պատասխանելու:

