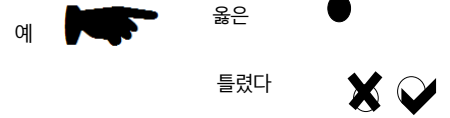


저희 기관의 서비스 개선을 위해 몇 가지 질문에 답변해 주세요. 답변은 기밀로 유지되며 귀하 또는 귀하의 자녀가 받을 현재 또는 미래의 서비스 영향을 미치지 않습니다.

아래의 각 설문 조사 항목에 대해 귀하의 선택에 해당하는 원을 채우십시오.

동그라미를 완전히 채워주세요.



전적으로 동의함	동의함	중립적임	동의하지 않음	전혀 동의하지 않음	해당사항없음
----------	-----	------	---------	------------	--------

최근 6개월을 기준으로 다음 질문에 답변해 주세요. 또는 최근 6개월 동안 서비스를 받지 않은 경우 지금까지 받은 서비스를 기준으로 답변하시기 바랍니다. 다음 각 문항을 읽고, 전혀 아님, 아님, 모르겠음, 그러함, 매우 그러함 중 해당되는 답변을 선택하세요. 질문이 본인이 경험하지 않은 것에 관한 것이라면 '해당 항목 없음'을 선택해서 해당 항목이 적용되지 않는다고 알려 주세요.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1. 전반적으로 자녀가 받은 서비스에 만족함.
2. 자녀의 서비스를 선택하는 것을 도왔음.
3. 자녀의 치료 목표를 선택하는 것을 도왔음.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. 우리 아이를 돕는 사람들은 어떤 상황에서도 곁을 지키고 있었음.
5. 아이에게 문제가 생겼을 때 아이가 이야기를 나눌 누군가가 있다고 느꼈음.
6. 자녀의 치료에 참여했음.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. 자녀 및/또는 가족이 받은 서비스가 우리에게 잘 맞았음.
8. 서비스를 받는 위치가 우리에게 편리했음.
9. 편리한 시간에 서비스를 이용할 수 있었음.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. 우리 가족은 우리 자녀에 대해 원했던 도움을 받았음.
11. 우리 가족은 우리 자녀에게 필요한 만큼 충분한 도움을 받았음.
12. 직원들은 나를 존중했음.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. 직원들은 우리 가족의 종교적/영적 믿음을 존중했음.
14. 직원들은 내가 이해하는 방식으로 나와 대화를 나눴음.
15. 직원들은 나의 문화적/민족적 배경에 주의를 기울였음.

자녀 및/또는 가족이 받은 서비스의 직접적인 결과:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. 아이가 일상 생활을 더 잘함.
17. 아이가 가족과 더 잘 지냄.
18. 아이가 친구 등 다른 사람들과 더 잘 지냄.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. 아이가 학교 및/또는 직장 생활을 더 잘함.
20. 일이 잘못되었을 때 아이가 더 잘 대처할 수 있음.
21. 현재 가정 생활에 만족함.
22. 아이가 자신이 하고 싶은 일들을 더 잘할 수 있음.

자녀 및/또는 가족이 받은 서비스의 직접적인 결과:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. 이야기를 나눠야 할 때 내 이야기를 들어 주고 이해해 줄 사람들을 알고 있음.
24. 나는 자녀의 문제에 대해 편안하게 이야기할 수 있는 사람들이 있다.
25. 위기 상황에서 가족이나 친구들로부터 필요한 지원을 받을 것임.
26. 즐거운 일을 함께 할 수 있는 사람들이 있음.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



자녀가 어떻게 지내는지 알 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

- 현재 자녀와 함께 살고 계신가요? 예 아니오
- 최근 6개월 동안 자녀가 다음 장소에 살았던 적이 있나요? (해당 항목에 모두 표시해 주세요.)

<input type="radio"/> 부모 또는 부모 중 한 명과 함께	<input type="radio"/> 노숙자 쉼터	<input type="radio"/> 국가 교정 시설
<input type="radio"/> 다른 가족과 함께	<input type="radio"/> 그룹홈	<input type="radio"/> 가출/노숙/거리
<input type="radio"/> 위탁 가정	<input type="radio"/> 거주 치료 센터	<input type="radio"/> 기타
<input type="radio"/> 치료 위탁 가정	<input type="radio"/> 병원	
<input type="radio"/> 위기 보호소	<input type="radio"/> 지역의 교도소 또는 구류 시설	
- 작년에 자녀가 건강 검진을 받거나 아프다는 이유로 의사(또는 간호사)를 만난 적이 있나요?
 예, 진료소나 진료실에서 예, 병원이나 응급실에서만 아니오 기억나지 않음
- 자녀가 정서적/행동적 문제로 약물 치료를 받고 있나요? 예 아니오

A. '예'라고 답하신 경우, 의사나 간호사가 귀하 및/또는 자녀에게 어떤 부작용이 있는지 알려 주었나요? 예 아니오
- 본 기관에서 자녀가 서비스를 받은 기간이 대략 얼마나 되나요?
 - 오늘 처음 방문했음
 - 두 번 이상 방문했지만, 서비스를 받은 기간은 한 달 미만임
 - 1~2개월
 - 3~5개월
 - 6개월~1년
 - 1년 이상

여기서 서비스를받은 지 1 년이되지 않았습니다.

- 자녀가 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 체포된 적이 있나요? 예 아니오
- 그전 12개월 동안에 자녀가 체포된 적이 있나요? 예 아니오
- 자녀가 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 경찰과 만나는 횟수가...
 - 해당 사항 없음 (올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음)
 - 줄었음줄었음 * 전과 동일 증가

* (예를 들어, 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기 프로그램으로 데려가지 않았음)
- 자녀가 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 체포된 적이 있나요? 예 아니오
- 그전 12개월 동안에 자녀가 체포된 적이 있나요? 예 아니오
- 서비스를 받기 시작한 이후, 자녀가 학교에 있었던 일수는:
 - 해당 항목 없음
 - 증가 거의 동일 감소

해당 항목이 없는 경우 해당되지 않는 이유를 선택해 주세요

 - 서비스를 시작하기 전에 자녀의 출석에 문제가 없었음
 - 자녀가 학교에 가기에는 너무 어렵
 - 자녀가 학교에서 퇴학 처분을 받았음
 - 자녀가 홈스쿨링 방식으로 공부하고 있음
 - 자녀가 학교를 그만두었음
 - 기타

여기에서 1 년 이상 서비스를 받았습니다.

- 지난 12개월 동안 자녀가 체포된 적이 있나요? 예 아니오
- 그전 12개월 동안에 자녀가 체포된 적이 있나요? 예 아니오
- 작년 한 해 동안 자녀가 경찰과 만난 적이 있나요?
 - 해당 사항 없음 (올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음)
 - 줄었음줄었음 * 전과 동일 증가

* (예를 들어, 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기 프로그램으로 데려가지 않았음)
- 지난 12개월 동안 자녀가 체포된 적이 있나요? 예 아니오
- 그전 12개월 동안에 자녀가 체포된 적이 있나요? 예 아니오
- 작년 한 해 동안 자녀가 학교에 있었던 일수는:
 - 해당 항목 없음
 - 증가 거의 동일 감소

해당 항목이 없는 경우 해당되지 않는 이유를 선택해 주세요

 - 서비스를 시작하기 전에 자녀의 출석에 문제가 없었음
 - 자녀가 학교에 가기에는 너무 어렵
 - 자녀가 학교에서 퇴학 처분을 받았음
 - 자녀가 홈스쿨링 방식으로 공부하고 있음
 - 자녀가 학교를 그만두었음
 - 기타

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
 Must be entered on EVERY page

40426



자녀에 대해 좀 더 알 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

18. 자녀의 성별은 무엇인가요? 여자 남자 기타
19. 아이의 부모 중에 멕시코/히스패닉/남아메리카 출신이 있나요? 예 아니오 알 수 없음
20. 자녀의 인종은 무엇인가요? (해당 항목에 모두 표시해 주세요.)
- 아메리카 원주민/알래스카 원주민 아메리카 원주민/기타 태평양 섬 주민 알 수 없음
- 아시아인 백인
- 흑인/아프리카계 미국인 기타
21. 자녀의 생년월일은 언제인가요?
- [월 /일 /년]
- / /
22. 자녀에게 Medi-Cal(Medicaid) 보험이 있나요? 예 아니오
23. 자녀가 받는 서비스는 자녀가 선호하는 언어로 제공되었나요? 예 아니오
24. 선호하시는 언어로 정보(예: 이용 가능한 서비스, 소비자로서의 권리 및 정신 건강 교육 자료를 설명하는 브로슈어)가 제공되었나? 예 아니오
25. 본 설문조사의 일부라도 작성을 도와준 사람이 있다면 알려 주세요(해당 항목 모두 표시).
- 도움이 필요 없었음 전문 면담자가 도와줌
- 정신 건강 전문가/자원봉사자가 도와줌 임상/케이스 매니저가 도와줌
- 다른 참여자가 도와줌 임상이나 케이스 매니저 이외의 직원이 도와줌
- 가족이 도와줌 기타 다른 사람이 도와줌 누가 도움을 주었나요

시간을내어이 질문에 답 해주셔서 감사합니다!

FOR OFFICE USE ONLY

REQUIRED Information:

Date of Survey Administration

0 5 - - 2 0 2 3

Subunit

Reason for Non-Completion (if applicable):

- Refused
- Impaired (Cognitive, Mental, Physical or Medical Impairment)
- Language (Not available in client's language)
- No Show (Parent / Caregiver did not show up for scheduled visit)
- Caregiver Unavailable (e.g. Child lives in group home or receiving facility)
- New Client: First Visit
- Other _____



Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



1. 지난 6개월 동안 귀하와 자녀가 받은 서비스에서 가장 도움이 된 것은 무엇인가요?

2. 어떻게 하면 본 기관의 서비스를 개선할 수 있을까요?

3. 여기에 의견을 적어 주세요. 긍정적이거나 부정적인 피드백 모두 환영합니다.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

Subunit

--	--	--	--

Version 05/2023

52634

