

저희 기관의 서비스 개선을 위해 몇 가지 질문에 답변해 주세요. 답변은 기밀로 유지되며 귀하가 받은 현재 또는 미래의 서비스에 영
미치지 않습니다.

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

원을 완전히 채워주세요.



옳은



틀렸다



전혀 아니함	아니함	중립적임	동의하지 않음	전혀 동의하지 않음	동의 함	매우 동의함
-----------	-----	------	------------	------------------	---------	-----------

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

1. 전반적으로 내가 받은 서비스에 만족함.
2. 스스로 서비스를 선택했음.
3. 본인 치료 목표 선택에 기여함.

<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"/>

4. 도움을 준 사람들이 어떤 상황에서도 곁을 지키고 있었음.
5. 문제가 생겼을 때 이야기를 나눌 누군가가 있다고 느꼈음.
6. 본인 치료에 참여함.

<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"/>

7. 제공된 서비스가 잘 맞았음.
8. 서비스를 받는 위치가 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. 원했던 도움을 받았음.
11. 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

<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"/>

- 제공받은 서비스의 직접적인 결과:**
16. 일상 생활을 더 잘함.
 17. 가족과 더 잘 지냄.
 18. 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"/>

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

<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"/>

- 다음 4개 질문에 대해서는 귀하의 정신 건강 서비스 제공자 이외의 사람과의 관계에 대해 답변해 주세요.
- 제공받은 서비스의 직접적인 결과:**
23. 이야기를 나눠야 할 때 내 이야기를 들어 주고 이해해 줄 사람들을 알고 있음.
 24. 내 문제에 대해 편안하게 이야기할 수 있는 사람들이 있음.
 25. 위기 상황에서 가족이나 친구들로부터 필요한 지원을 받을 것임.
 26. 즐거운 일을 함께 할 수 있는 사람들이 있음.

<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. 내 문제에 대해 편안하게 이야기할 수 있는 사람들이 있음.
25. 위기 상황에서 가족이나 친구들로부터 필요한 지원을 받을 것임.
26. 즐거운 일을 함께 할 수 있는 사람들이 있음.

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

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page



어떻게 지내시는지 파악할 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

1. 최근 6개월 동안 다음 장소에 거주한 적이 있나요?

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <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 | |

2. 작년에 건강 검진을 받거나, 질병으로 인해 의사(또는 간호사)를 만난 적이 있나요?

- 예, 진료소나 진료실에서 예, 병원이나 응급실에서만 아니오 기억나지 않음

3. 정서적/행동적 문제로 약물 치료를 받고 있나요?

- 예 아니오

A. '예'라고 답한 경우, 의사나 간호사가 어떤 부작용을 조심해야 하는지 알려 주었나요?

- 예 아니오

4. 본 기관에서 자녀가 서비스를 받은 기간이 대략 얼마나 되나요?

- 오늘 처음 방문함
 두 번 이상 방문했지만, 서비스를 받은 기간은 한 달 미만임
 1~2개월
 3~5개월
 6개월~1년
 1년 이상

여기에서 서비스를받은 지 1 년이되지 않았습니다.

5. 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 체포된 적이 있나요? 예 아니오

6. 그전 12개월 동안 체포된 적이 있나요? 예 아니오

7. 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 경찰과 만난 횟수가...

- 해당 사항 없음
 (올해 또는 작년에 경찰과 만난 적이 없음)
 줄었음줄었음 * 전과 동일 증가

* (예를 들어 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기프로그램으로 데려가지 않았음)

8. 서비스를 받기 시작한 이후에 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요? 예 아니오

9. 서비스를 시작하기 전 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적 예 아니오

10. 서비스를 받기 시작한 이후, 학교에 있었던 일수는:

- 해당 항목 없음
 증가 거의 동일 감소

해당 항목이 없는 경우 해당되지 않는 이유를 선택해 주세요

- 서비스 시작 전에 출석에 문제가 없었음
 학교에서 퇴학 당함
 홈 스쿨링 중
 학교를 그만둠
 기타

여기에서 1 년 이상 서비스를 받았습니다.

11. 지난 12개월 동안 체포된 적이 있나요? 예 아니오

12. 그전 12개월 동안 체포된 적이 있나요? 예 아니오

13. 작년 한 해 동안 경찰과의 만남이...

- 해당 사항 없음
 (올해 또는 작년에 경찰과 만난 적이 없음)
 줄었음줄었음 * 전과 동일 증가

* (예를 들어 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기프로그램으로 데려가지 않았음)

14. 최근 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요? 예 아니오

15. 서비스를 시작하기 전 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요? 예 아니오

16. 작년 한 해 동안 학교에 있었던 일수는:

- 해당 항목 없음
 증가 거의 동일 감소

해당 항목이 없는 경우 해당되지 않는 이유를 선택해 주세요

- 서비스 시작 전에 출석에 문제가 없었음
 학교에서 퇴학 당함
 홈 스쿨링 중
 학교를 그만둠
 기타

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

CSI County Client Number
 Must be entered on EVERY page



본인에 대해 저희가 좀 더 잘 파악할 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

17. 성별은 무엇인가요? 여자 남자 기타
18. 멕시코/히스패닉/남아메리카 출신인가요? 예 아니오 알 수 없음
19. 인종은 무엇인가요?
- 아메리카 원주민/알래스카 원주민 아메리카 원주민/기타 태평양 섬 주민 알 수 없음
- 아시아인 백인
- 흑인/아프리카계 미국인 기타
20. 생년월일이 언제인가요?
- [월 /일 /년]
- / /
21. Medi-Cal(Medicaid) 보험이 있나요? 예 아니오
22. 선호하시는 언어로 서비스를 받으셨나요? 예 아니오
23. 선호하시는 언어로 정보(예: 이용 가능한 서비스, 소비자로서의 권리 및 정신 건강 교육 자료를 설명하는 브로슈어)가 제공되었나? 예 아니오
24. 본 설문조사의 일부라도 작성을 도와준 사람이 있다면 알려 주세요:
- 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 (Client did not show up for their scheduled visit)
- Youth Unavailable (e.g., Juvenile Hall, hospitalization, AWOL)
- 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 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