

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

● 최근 6개월을 기준으로 다음 질문에 답변해 주세요. 또는 최근 6개월 동안 서비스를 받지 않은 경우 지금까지 받은 서비스를 기준으로 답변하시기 바랍니다. 다음 질문을 각각 읽고 다음 중에서 적절한 답을 선택하세요. **전혀 동의하지 않음, 동의하지 않음, 모르겠음, 동의함, 전적으로 동의함.** 질문이 본인 또는 자녀가 경험하지 않은 것에 관한 것이라면 **해당사항없음**을 선택해서 해당 항목이 적용되지 않는다고 알려 주세요.

● 동그라미를 완전하게 넣어 주십시오

바른 표기법 ●  
틀린 표기법 ○ ⊗ ⊙

	전혀 동의하지 않음	동의하지 않음	모르겠음	동의함	전적으로 동의함	해당사항없음
1. 전반적으로 자녀가 받은 서비스에 만족함.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 자녀의 서비스를 선택하는 것을 도왔음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>
4. 우리 아이를 돕는 사람들은 어떤 상황에서도 곁을 지키고 있었음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 아이에게 문제가 생겼을 때 아이가 이야기를 나눌 누군가가 있다고 느꼈음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 자녀의 치료에 참여했음.	<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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 서비스를 받는 위치가 우리에게 편리했음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>
10. 우리 가족은 우리 자녀에 대해 원했던 도움을 받았음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. 우리 가족은 우리 자녀에게 필요한 만큼 충분한 도움을 받았음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 직원들은 나를 존중했음.	<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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 직원들은 내가 이해하는 방식으로 나와 대화를 나눴음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>
<b>자녀 및/또는 가족이 받은 서비스의 직접적인 결과:</b>						
16. 아이가 일상 생활을 더 잘함.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. 아이가 가족과 더 잘 지냄.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>
19. 아이가 학교 및/또는 직장 생활을 더 잘함.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. 일이 잘못되었을 때 아이가 더 잘 대처할 수 있음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. 현재 가정 생활에 만족함.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. 아이가 자신이 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"/>

다음 4개 질문에 대해서는 귀하의 정신 건강 서비스 제공자 이외의 사람과의 관계에 대해 답변해 주세요.

자녀 및/또는 가족이 받은 서비스의 직접적인 결과:

23. 이야기를 나눠야 할 때 내 이야기를 들어 주고 이해해 줄 사람들을 알고 있음.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. 나는 자녀의 문제에 대해 편안하게 이야기할 수 있는 사람들이 있다.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. 위기 상황에서 가족이나 친구들로부터 필요한 지원을 받을 것임.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>

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

--	--	--	--



## 자녀가 어떻게 지내는지 알 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

1. 현재 자녀와 함께 살고 계신가요?       예     아니오
2. 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	
3. 작년엔 자녀가 건강 검진을 받거나 아프다는 이유로 의사(또는 간호사)를 만난 적이 있나요?  
 예, 진료소나 진료실에서     예, 병원이나 응급실에서만     아니오     기억나지 않음
4. 자녀가 정서적/행동적 문제로 약물 치료를 받고 있나요?       예     아니오
- 4a. '예'라고 답하신 경우, 의사나 간호사가 귀하 및/또는 자녀에게 어떤 부작용이 있는지 알려 주었나요?       예     아니오

5. 본 기관에서 자녀가 서비스를 받은 기간이 대략 얼마나 되나요?
- |   |                              |
|---|------------------------------|
| <input type="radio"/> 오늘 처음 방문했음                        | <input type="radio"/> 1~2개월  |
| <input type="radio"/> 두 번 이상 방문했지만, 서비스를 받은 기간은 한 달 미만임 | <input type="radio"/> 3~5개월  |
|   | <input type="radio"/> 6개월~1년 |
|   | <input type="radio"/> 1년 이상  |

다음 기간 동안 정신 건강 서비스를 받고 계시다면 질문 #6~11에 답해 주십시오 <b>1년 이하</b>	다음 기간 동안 정신 건강 서비스를 받고 계시다면 질문 #12~17에 답해 주십시오 <b>1년 이상</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. 자녀가 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 체포된 적이 있나요?      <input type="radio"/> 예    <input type="radio"/> 아니오</li> <li>7. 그전 12개월 동안엔 자녀가 체포된 적이 있나요?      <input type="radio"/> 예    <input type="radio"/> 아니오</li> <li>8. 자녀가 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 경찰과 만나는 횟수가...  <input type="radio"/> 줄었음  <i>예를 들어, 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기 프로그램으로 데려가지 않았음</i>  <input type="radio"/> 전과 동일  <input type="radio"/> 증가  <input type="radio"/> 해당사항없음  <i>올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음</i> </li> <li>9. 서비스를 시작한 후 자녀가 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요?      <input type="radio"/> 예    <input type="radio"/> 아니오</li> <li>10. 자녀가 서비스를 받기 전 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요?      <input type="radio"/> 예    <input type="radio"/> 아니오</li> <li>11. 서비스를 받기 시작한 이후, 자녀가 학교에 있었던 일수는:  <input type="radio"/> 증가      <input type="radio"/> 거의 동일      <input type="radio"/> 감소  <input type="radio"/> 해당 항목 없음    <i>이것이 해당하지 않는 이유를 선택해 주십시오</i>  <input type="radio"/> 서비스를 시작하기 전에 자녀의 출석에 문제가 없었음  <input type="radio"/> 자녀가 학교에 가기에는 너무 어렵  <input type="radio"/> 자녀가 학교에서 퇴학 처분을 받았음  <input type="radio"/> 자녀가 홈스쿨링 방식으로 공부하고 있음  <input type="radio"/> 자녀가 학교를 그만두었음  <input type="radio"/> 기타                 </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. 지난 12개월 동안 자녀가 체포된 적이 있나요?      <input type="radio"/> 예    <input type="radio"/> 아니오</li> <li>13. 그전 12개월 동안엔 자녀가 체포된 적이 있나요?      <input type="radio"/> 예    <input type="radio"/> 아니오</li> <li>14. 작년 한 해 동안 자녀가 경찰과 만난 적이 있나요?  <input type="radio"/> 줄었음  <i>예를 들어, 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기 프로그램으로 데려가지 않았음</i>  <input type="radio"/> 전과 동일  <input type="radio"/> 증가  <input type="radio"/> 해당사항없음  <i>올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음</i> </li> <li>15. 자녀가 지난 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요?      <input type="radio"/> 예    <input type="radio"/> 아니오</li> <li>16. 자녀가 서비스를 받기 전 12개월 동안 퇴학 또는 정학 처분을 받은 적이 있나요?      <input type="radio"/> 예    <input type="radio"/> 아니오</li> <li>17. 작년 한 해 동안 자녀가 학교에 있었던 일수는:  <input type="radio"/> 증가      <input type="radio"/> 거의 동일      <input type="radio"/> 감소  <input type="radio"/> 해당 항목 없음    <i>이것이 해당하지 않는 이유를 선택해 주십시오</i>  <input type="radio"/> 서비스를 시작하기 전에 자녀의 출석에 문제가 없었음  <input type="radio"/> 자녀가 학교에 가기에는 너무 어렵  <input type="radio"/> 자녀가 학교에서 퇴학 처분을 받았음  <input type="radio"/> 자녀가 홈스쿨링 방식으로 공부하고 있음  <input type="radio"/> 자녀가 학교를 그만두었음  <input type="radio"/> 기타                 </li> </ol>

\* CSI County Client Number

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

SmartCare Program ID

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

Version 05/2026

63742



자녀에 대해 좀 더 알 수 있도록 다음 질문에 답변해 주세요.

18. 자녀의 성별은 무엇입니까?     남자     여자
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     백인  
 아시아인     기타 인종  
 흑인/아프리카계 미국인     알 수 없음  
 아메리카 원주민/기타 태평양 섬 주민
21. 자녀의 생년월일은 언제인가요?
- 월
일
년도
- -
22. 자녀에게 Medi-Cal(Medicaid) 보험이 있나요?     예     아니오
23. 귀하의 아이가 받은 서면 문서 및/또는 서비스가 귀하가 선호하는 언어로 제공되었습니까?     예     아니오  
 예: 이용 가능한 서비스, 소비자로서의 권리 및 정신 건강 교육 자료를 설명하는 브로슈어

24. 지금 생각해 보실 때 아이가 받은 서비스 중에서 원격의료가 차지하는 비중은 얼마나 되었습니까?  
 전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스
- 전혀 없다     아주 약간     절반 정도     거의 대부분     전부
25. 귀하의 아이를 위한 원격의료 방문은 기존의 직접 방문과 비교해서 얼마나 도움이 되었습니까?
- 훨씬 악화     약간 나빴음     거의 비슷했음     약간 좋았음     훨씬 좋았음     해당사항없음
26. 이번 프로그램에서 원격의료로 내 아이의 정신 건강 치료를 받기를 선호한다
- 전혀 동의하지 않음     동의하지 않음     중립적임     동의함     전적으로 동의함     해당사항없음



시간을내어 이 질문들에 답해 주셔서 감사합니다!

**FOR OFFICE USE ONLY**

**REQUIRED Information:**

Date of Survey Administration

- 
 

 -

SmartCare Program ID

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\*\*\*

63742



1. 지난 6개월 동안 귀하와 자녀가 받은 서비스에서 가장 도움이 된 것은 무엇인가요? 어떻게 하면 본 기관의 서비스를 개선할 수 있을까요? 여기에 의견을 적주세요. 긍정적이거나 부정적인 피드백 모두 환영합니다.

\* CSI County Client Number

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

SmartCare Program ID

--	--	--	--

Version 05/2026

50344

