



- 저희 기관의 서비스 개선을 위해 몇 가지 질문에 답변해 주세요. 답변은 기밀로 유지되며 귀하가 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 본인이 경험하지 않은 것에 관한 것이라면 **해당사항없음**을 선택해서 해당 항목이 적용되지 않는다고 알려 주세요.

• 동그라미를 완전하게 넣어 주십시오	바른 표기법 ●	전혀 동의하지 않음	동의하지 않음	모르겠음	동의함	전적으로 동의함	해당사항없음
	틀린 표기법 ○ ⊗ ⊙ ✓						
1. 전반적으로 내가 받은 서비스에 만족함.	<input type="radio"/>						
2. 스스로 서비스를 선택했음.	<input type="radio"/>						
3. 본인 치료 목표 선택에 기여함.	<input type="radio"/>						
4. 도움을 준 사람들이 어떤 상황에서도 곁을 지키고 있었음.	<input type="radio"/>						
5. 문제가 생겼을 때 이야기를 나눌 누군가가 있다고 느꼈음.	<input type="radio"/>						
6. 본인 치료에 참여함.	<input type="radio"/>						
7. 제공된 서비스가 잘 맞았음.	<input type="radio"/>						
8. 서비스를 받는 위치가 편리했음.	<input type="radio"/>						
9. 편리한 시간에 서비스를 이용할 수 있었음.	<input type="radio"/>						
10. 원했던 도움을 받았음.	<input type="radio"/>						
11. 필요한 만큼 충분한 도움을 받았음.	<input type="radio"/>						
12. 직원들은 나를 존중했음.	<input type="radio"/>						
13. 직원들은 내 가족의 종교적/영적 믿음을 존중했음.	<input type="radio"/>						
14. 직원들은 내가 이해하는 방식으로 나와 대화를 나눴음.	<input type="radio"/>						
15. 직원들은 나의 문화적/민족적 배경에 주의를 기울였음.	<input type="radio"/>						
<b>제공받은 서비스의 직접적인 결과:</b>							
16. 일상 생활을 더 잘함.	<input type="radio"/>						
17. 가족과 더 잘 지냄.	<input type="radio"/>						
18. 친구 등 다른 사람들과 더 잘 지냄.	<input type="radio"/>						
19. 학교 및/또는 직장 생활을 더 잘함.	<input type="radio"/>						
20. 일이 잘못되었을 때 더 잘 대처할 수 있음.	<input type="radio"/>						
21. 현재 가정 생활에 만족함.	<input type="radio"/>						
22. 하고 싶은 일들을 더 잘할 수 있음.	<input type="radio"/>						

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

<b>제공받은 서비스의 직접적인 결과:</b>						
23. 이야기를 나눠야 할 때 내 이야기를 들어 주고 이해해 줄 사람들을 알고 있음.	<input type="radio"/>					
24. 내 문제에 대해 편안하게 이야기할 수 있는 사람들이 있음.	<input type="radio"/>					
25. 위기 상황에서 가족이나 친구들로부터 필요한 지원을 받을 것임.	<input type="radio"/>					
26. 즐거운 일을 함께 할 수 있는 사람들이 있음.	<input type="radio"/>					

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

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





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

17. 성별이 어떻게 되시나요?     남자     여자
18. 귀하는 스스로를 어떻게 생각하십니까 :     스트레이트/이성애자     또 하나의 성 지향성  
 해당 항목에 모두 표시해 주세요     게이 또는 레즈비언     모름  
     양성애자     답하고 싶지 않음
19. 멕시코/히스패닉/남아메리카 출신인가요?     예     아니오     모름
20. 인종은 무엇인가요?     아메리카 원주민/알래스카 원주민     백인  
 해당 항목에 모두 표시해 주세요     아시아인     기타 인종  
     흑인/아프리카계 미국인     알 수 없음  
     아메리카 원주민/기타 태평양 섬 주민
21. 생년월일이 언제인가요?    월    일    년도  

--	--

 - 
 

--	--

 - 
 

--	--	--	--
22. Medi-Cal(Medicaid) 보험이 있나요?     예     아니오
23. 귀하가 받으신 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. 귀하께서 제공받은 서비스 중에서 텔레헬스/텔레메디슨 이 차지하는 비중은 어느 정도 인가요?  
 전화 또는 인터넷을 통한 원격 의료서비스  
 전혀 없다     아주 약간     절반 정도     거의 대부분     전부

25. 전통적인 직접 방문에 비해 귀하의 원격 진료 방문은 얼마나 도움이 되었습니까?  
 훨씬 악화     약간 나빴음     거의 비슷했음     약간 좋았음     훨씬 좋았음     해당사항없음

26. 이번 프로그램에서 원격의료로 내 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

County Code:    Date of Survey Administration:    County Reporting Unit (optional):

--	--

0	5
---	---

 / 
 

--	--

 / 
 

2	0	2	6
---	---	---	---



Code for not completing the survey (if applicable):  
 Refused     Impaired     Language     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\*\*\*