YOUTH SERVICES SURVEY FOR YOUTH
Spring 2021

KHMER

សូមជួយទីភ្នាក់ ងារ របស់យើងធ្វើ ឲ្យសេ វាប្រ សើរ ឡើងដោយឆ្លើ យសំណួរមួយចំនួន។ ចម្លើ យរបស់អ្នក នឹងទុកជាការ សម្ងាត់ ហើ យនឹងមិនមាន ឥទ្ធិ ពលលើ សេ វាក ម្មប ច្ចុ ប្បន្នឬ អនាគ តដែ លអ្នក ឬកូនរ បស់អ្នក ទទួលបាន ឡើ យ។

សម្រាប់ ធាតុ សួង់ មតិនីមួយៗខាង ក្រោ មសូមបំពេ ញក្នុ ងរ ង្វង់ ដែ លត្រូ វ នឹងជំ រើ សរ បស់អ្នក ។

សូមបំពេ ញក្នុ ងរ ង្វង់ ទាំ ងស្រុ ង។ *ឧទាហរ ណ៍*

ត្រឹ មត្រូ វ ●

មិន ត្រឹ មត្រូ វ ✗ ✓

សូមឆ្លើ យសំណួរ ខាងក្រោម ដោយផ្អែក លើសេវាក ម្មរ យៈពេ ល ៦ ខែ ចុងក្រោយនេះ ឬ ប្រ សិនបើ សេវាក ម្មមិ នត្រូ វ បាន ទទួលអស់រ យៈពេ ល ៦ ខែ មកហើ យ អ្នក គ្រាន់ តែផ្តល់ ចម្លើ យដោយផ្អែក លើសេវាក ម្មដែ លបាន ទទួលរ ហូតមកដល់ពេ លនេះ បាន ហើ យ។ សូមចង្អុ លប្រាប់ ថាតើ អ្នក មិនយល់ស្រ បជាខ្លាំ ង, មិនយល់ស្រ ប, មិនទាន់ សម្រេ ចចិត្ត , យល់ស្រ ប ឬ យល់ស្រ បជាខ្លាំ ង ចំពោះ ការ អះអាង នីមួយៗខាង ក្រោម ។ ប្រ សិនបើ សំណួរ ទាក់ ទងនឹងអ្វី មួយដែ លអ្នក ឬកូនរ បស់អ្នក មិនបាន ជួបប្រ ទះ សូមជ្រើ សយកចម្លើ យ មិនពាក់ព័ន្ធ ដើ ម្បី បង្ហាញ ថា សំណួរ នេះ មិនពាក់ព័ន្ធចំ ពោះអ្នក ។

យល់ស្របខ្លាំង	យល់ស្រប	មិនទាន់សម្រេចចិត្ត	មិនយល់ស្រប	មិនយល់ស្របខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ	
○	○	○	○	○	○	1. ជារួ ម ខ្ញុំ ពេ ញចិត្តនឹ ងសេ វាក ម្មដែ លខ្ញុំ បាន ទទួល។
○	○	○	○	○	○	2. ខ្ញុំ បាន ជួយជ្រើ សរើ សសេ វាក ម្មរ បស់ខ្ញុំ ។
○	○	○	○	○	○	3. ខ្ញុំ បាន ជួយជ្រើ សរើ សគោល ដៅព្យាបាល រ បស់ខ្ញុំ ។
○	○	○	○	○	○	4. មនុស្សដែ លជួយខ្ញុំ បាន នៅជាប់ នឹងខ្ញុំ មិនថាមាន បញ្ហាអ្វី ក៏ដោយ ។
○	○	○	○	○	○	5. ខ្ញុំ មាន អារ ម្មណ៍ ថាខ្ញុំ មាន អ្នក ណាម្នាក់ និយាយ ជាមួ យនៅពេ លខ្ញុំ មាន បញ្ហា។
○	○	○	○	○	○	6. ខ្ញុំ បាន ចូលរួ មក្នុ ងការ ព្យាបាល ដោយខ្លួ នឯង។
○	○	○	○	○	○	7. ខ្ញុំ បាន ទទួលសេ វាក ម្មដែ លត្រឹ មត្រូ វ សម្រាប់ ខ្ញុំ ។
○	○	○	○	○	○	8. ទីតាំ ងនៃ សេ វាក ម្មមាន ភាព ងាយ ស្រួ លសម្រាប់ ខ្ញុំ ។
○	○	○	○	○	○	9. សេ វាក ម្មមាន នៅតាម ពេ លវេ លាដែ លងាយ ស្រួ លសម្រាប់ ខ្ញុំ ។
○	○	○	○	○	○	10. ខ្ញុំ បាន ទទួលជំនួយដែ លខ្ញុំ ចង់បាន ។
○	○	○	○	○	○	11. ខ្ញុំ ទទួលបាន ជំនួយច្រើ នតាម ដែ លខ្ញុំ ត្រូ វ ការ ។
○	○	○	○	○	○	12. បុគ្គលិ កបាន ប្រ ព្រឹ ត្តិ ចំពោះ ខ្ញុំ ដោយការ គោរ ព។
○	○	○	○	○	○	13. បុគ្គលិ កបាន គោរ ពជំនឿខាង វិ ញ្ញាណ និងសាស នារ បស់ខ្ញុំ ។
○	○	○	○	○	○	14. បុគ្គលិ កបាន និយាយ ជាមួ យខ្ញុំ តាម រ បៀបដែ លខ្ញុំ យល់។
○	○	○	○	○	○	15. បុគ្គលិ កយល់ពីសារ តារ ប្បធ ម៌/ជនជាតិ រ បស់ខ្ញុំ ។
						ជាល ទ្ធផ លផ្ទាល់ នៃ សេ វាក ម្មដែ លខ្ញុំ បាន ទទួលៈ
○	○	○	○	○	○	16. ខ្ញុំ កាន់ តែប្រ សើ រ ក្នុ ងការ ដោះ ស្រាយ បញ្ហាជី វិ តប្រ ចាំ ថ្ងៃ។
○	○	○	○	○	○	17. ខ្ញុំ មាន ទំនាក់ ទំនងមួយសមាជិ កគ្រួ សារ កាន់ តែប្រ សើ រ ។
○	○	○	○	○	○	18. ខ្ញុំ មាន ទំនាក់ ទំនងកាន់ តែប្រ សើ រ ជាមួ យមិត្តភ ក្តិ និងមនុស្សដ ទៃ ទៀ ត។
○	○	○	○	○	○	19. ខ្ញុំ កំពុងសម្រេ ចបាន លទ្ធផ លកាន់ តែប្រ សើ រ នៅក្នុ ងសាលា និង/ឬនៅក ន្លែង ការ ងារ ។
○	○	○	○	○	○	20. ខ្ញុំ អាច ទប់ទល់ដោះ ស្រាយ បាន កាន់ តែប្រ សើ រ នៅពេ លមាន បញ្ហាកើ តឡើ ង។
○	○	○	○	○	○	21. ខ្ញុំ ពេ ញចិត្តនឹ ងជីវិ តគ្រួ សារ រ បស់ខ្ញុំ នាពេ លឥឡូវ នេះ ។
○	○	○	○	○	○	22. ខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿ ងដែ លខ្ញុំ ចង់ធ្វើ បាន ប្រ សើ រ ជាង មុន។
						សំរាប់ សំណួរ ចំនួនបួនបន្ទាប់ សូមឆ្លើ យសំរាប់ ទំនាក់ ទំនងជាមួ យបុគ្គល ដែ លក្រៅពី អ្នក ផ្តល់ សេ វាសុ ខភាព ផ្លូ វចិត្តរ បស់អ្នក ។
						ជាល ទ្ធផ លផ្ទាល់ នៃ សេ វាក ម្មដែ លខ្ញុំ បាន ទទួលៈ
○	○	○	○	○	○	23. ខ្ញុំ ស្គាល់ មនុស្សដែ លនឹងស្តាប់ និងយល់ពីខ្ញុំ នៅពេ លខ្ញុំ ត្រូ វ ការ និយាយ ។
○	○	○	○	○	○	24. ខ្ញុំ មាន មនុស្សដែ លខ្ញុំ ស្រួ លនិយាយ ជាមួ យអំពីបញ្ហារ បស់ខ្ញុំ ។
○	○	○	○	○	○	25. នៅពេ លមាន វិ បត្តិ ខ្ញុំ នឹងមាន ការ គាំ ទ្រ ដែ លខ្ញុំ ត្រូ វ ការ ពីគ្រួ សារ ឬមិត្តភ ក្តិ ។
○	○	○	○	○	○	26. ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែ លខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿ ងរី ករាយ ជាមួ យបាន ។

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

53542

27. តើ អ្វី ដែ លជារឿ ងមាន ប្រ យោជ ន៍ប់ផុតអ់ពីសេ វាក ម្ម៉ដែ លអ្នក បាន ទទួលក្ត ងរ យ: ពេ ល 6 ខែ ចុងក្រោយ នេ: ?

28. តើ មាន អ្វី ដែ លនឹងធ្វើ ឱ្យសេ វាក ម្ម៉នៅទី នេ: បាន ប្រ សើ រ ឡើ ង?

29. សូមផ្តល់ យោប ល់នៅទី នេ: ។ យើ ងចាប់ អារ ម្ម៉ណ៍ ទាំ ងមតិតបវិ ជ្ជមាន និង អវិ ជ្ជមាន ។

សូមឆ្លើ យសំណួ ដូចតទៅនេ: ដើ ម្បី ឱ្យយើ ងដឹងថាតើ អ្នក សុខសប្បាយ ដែ រ ទេ ។

1. តើ អ្នក បាន រ ស់នៅក ន្លែង ណាមួ យដូចតទៅនេ: ក្ត ងរ យ: ពេ ល ៦ ខែ ចុងក្រោយ នេ: ឬទេ ?

- ○ ជាមួយឱ៉ពុក ឬ ម្តាយម្នាក់ ឬ ទាំងពីរនាក់
- ○ ជាមួយសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត
- ○ មណ្ឌលកុមារកំព្រា
- ○ មណ្ឌលព្យាបាលកុមារកំព្រា
- ○ ទីជំរកសម្រាប់អ្នកមានវិបត្តិ
- ○ ទីជំរកសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសម្បែង
- ○ ផ្ទះសម្រាប់ក្រុមមនុស្សមានវិបត្តិ
- ○ មណ្ឌលស្តារនឹតិសម្បាទា
- ○ មន្ទីរពេទ្យ
- ○ ពន្ធនាគារក្នុងមូលដ្ឋានឬកន្លែងឃុំឃាំង
- ○ មណ្ឌលអប់រំកែប្រែរបស់រដ្ឋ
- ○ រត់ចេញផ្ទះ/គ្មានផ្ទះសម្បែង/រស់នៅតាមផ្លូវ
- ○ ផ្សេងទៀត

2. កាល ពីឆ្នាំ មុន តើ អ្នក បាន ជួបគ្រូ ពេ ទ្យ (ឬគិលានុ បដ្ឋាយិ កា) ដើ ម្បី ពិនិត្យសុ ខភាព ឬក៏ដោយ សារ អ្នក ឈឺឬទេ ?

○ បានជួប នៅក្នុងគ្លីនិក ឬ ការិយាល័យ ○ បានជួប ប៉ុន្តែមានតែនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ប៉ុណ្ណោះ ○ អត់មានទេ ○ មិនបានចាំទេ

3. តើ អ្នក មាន កំពុងប្រើ ថ្នាំ សម្រាប់ បញ្ហាអារ ម្ម៉ណ៍ / អាក ប្បកិ រិ យាដែ រ ឬទេ ?

A. បើ មាន មែ ន តើ គ្រូ ពេ ទ្យ ឬ គិលានុ បដ្ឋាយិ កាបាន ប្រាប់ អ្នក និង/ឬ
កូនរ បស់អ្នក នូវ ផលប៉ះ ពាល់ បន្ទាប់ ន្សំ អ្វី ខ្លះ ដែ លអ្នក និង/ឬ កូនរ បស់អ្នក គួរ យកចិត្តទុ កដាក់ ?

○ មាន ○ អត់មានទេ
○ មាន ○ អត់មានទេ

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

53542

4. តាម ការ ប៉ាន់ ស្មាន តើ អ្នក បាន ទទួលសេ វានៅទី នេះ រ យៈ ពេ លប៉ុន្មាន ហើ យ?

- ◯ នេះជាការចូលជួបពិនិត្យជម្ងឺជាមួយគ្រូពេទ្យលើកដំបូងរបស់ខ្ញុំនៅទីនេះ។
- ◯ ខ្ញុំបានចូលជួបពិនិត្យជម្ងឺជាមួយគ្រូពេទ្យច្រើនជាងមួយលើក ប៉ុន្តែខ្ញុំបានទទួលសេវាមិនទាន់បានមួយខែនៅឡើយទេ។
- ◯ 1-2 ខែ
- ◯ 3-5 ខែ
- ◯ 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
- ◯ ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ

ខ្ញុំ បាន ទទួលសេ វាក ម្មនៅទី នេះ តិចជាង ១ ឆ្នាំ ។

5. តើ អ្នក ត្រូ វ បាន ចាប់ ខ្លួ នឬទេ ចាប់ តាំ ងពីអ្នក ចាប់ ផ្តើ មទទួលសេ វា សុខភាព ផ្លូ វចិត្ត ? ◯ មាន ◯ អត់មានទេ

6. តើ អ្នក ត្រូ វ បាន ចាប់ ខ្លួ នក្នុ ងអំឡុងព េល 12 ខែ មុនពេ លនោះ ឬទេ ? ◯ មាន ◯ អត់មានទេ

7. ចាប់ តាំ ងពីកូនរ បស់អ្នក ចាប់ ផ្តើ មទទួលសេ វាសុ ខភាព ផ្លូ វ ចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិ ចជាមួ យប៉ូលីសរ បស់ពួកគេ ...

◯ មិនពាក់ព័ន្ធ

(ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិ ចជាមួ យប៉ូលីសនៅឆ្នាំ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទ)

◯ ត្រូវបានកាត់បន្ថយ * ◯ នៅដដែល ◯ បានកើនឡើង

* (ឧទាហ រ ណ៍ដូចជា ពួកគេ មិនត្រូ វ បាន ចាប់ ខ្លួ ន ឆាំនៅដោយ ប៉ូលីស ត្រូ វ បាន នាំ ខ្លួ នដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិ ធីទីជម្រ ក ឬ កម្មវិ ធីវិ បត្តិ ណាមួ យ)

8. តើ អ្នក ត្រូ វ បាន គេ បណ្តេញ ចេ ញពីសាល ឬ ការ ងារ ឬ ត្រូ វ ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ចាប់ តាំ ងពីចាប់ ផ្តើ មទទួលសេ វាក ម្ម ដែ រ ឬទេ ? ◯ មាន ◯ អត់មានទេ

9. តើ អ្នក ត្រូ វ បាន គេ បណ្តេញ ចេ ញពីសាល ា ឬ ការ ងារ ឬ ត្រូ វ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ក្នុ ងអំឡុងពេ ល ១២ ខែ មុនពេ លនោះ ដែ រ ឬទេ ? ◯ មាន ◯ អត់មានទេ

10. ចាប់ តាំ ងពីចាប់ ផ្តើ មទទួលសេ វាក ម្ម ចំនួនថ្ងៃដែ លអ្នក ចូលរៀ នគឺ៖

◯ មិនពាក់ព័ន្ធ

◯ ច្រើនជាង ◯ ប្រហែលដូចគ្នា ◯ តិចជាង

ប្រ សិនបើ មិនពាក់ ព័ន្ធ សូមជ្រើ សយកមូលហេ តុដែ លវាមិ នពាក់ ព័ន្ធ

- ◯ ខ្ញុំមិនមានបញ្ហាជាមួយនឹងវត្តមាន មុនពេលចាប់ផ្តើមទទួលសេវាកម្មទេ
- ◯ ខ្ញុំត្រូវបានគេបណ្តេញចេញពីសាលារៀន
- ◯ ខ្ញុំទទួលការសិក្សានៅផ្ទះ
- ◯ ខ្ញុំបានឈប់រៀន
- ◯ ផ្សេងទៀត

ខ្ញុំ បាន ទទួលសេ វាក ម្មនៅទី នេះ រ យៈ ពេ ល ១ ឆ្នាំ ឬច្រើ នជាង នេះ ។

11. តើ អ្នក ត្រូ វ បាន ចាប់ ខ្លួ នក្នុ ងអំឡុងព េល ១២ ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ? ◯ មាន ◯ អត់មានទេ

12. តើ អ្នក ត្រូ វ បាន ចាប់ ខ្លួ នក្នុ ងអំឡុងព េល 12 ខែ មុនពេ លនោះ ឬទេ ? ◯ មាន ◯ អត់មានទេ

13. ចាប់ តាំ ងពីអ្នក ចាប់ ផ្តើ មទទួលសេ វាសុ ខភាព ផ្លូ វចិត្តតើ អ្នក មាន ជួបជាមួ យប៉ូលីសទេ ...

◯ មិនពាក់ព័ន្ធ

(ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិ ចជាមួ យប៉ូលីសនៅឆ្នាំ នេះ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទ)

◯ ត្រូវបានកាត់បន្ថយ * ◯ នៅដដែល ◯ បានកើនឡើង

* (ឧទាហ រ ណ៍ដូចជា ពួកគេ មិនត្រូ វ បាន ចាប់ ខ្លួ ន ឆាំនៅដោយ ប៉ូលីស ត្រូ វ បាន នាំ ខ្លួ នដោយប៉ូលីសទៅកាន់ កម្មវិ ធីទីជម្រ ក ឬ កម្មវិ ធីវិ បត្តិ ណាមួ យ)

14. តើ អ្នក ត្រូ វ បាន បណ្តេញ ចេ ញពីការ ងារ ឬ សាលា ឬ ត្រូ វ បាន ផ្អាក ការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ក្នុ ងអំឡុងពេ ល 12 ខែ ចុងក្រោយ នេះ ដែ រ ឬទេ ? ◯ មាន ◯ អត់មានទេ

15. តើ អ្នក ត្រូ វ បាន គេ បណ្តេញ ចេ ញពីសាលា ឬ ការ ងារ ឬ ត្រូ វ បាន ផ្អាក ពីការ ងារ ឬ ការ សិក្សា ក្នុ ងអំឡុងពេ ល ១២ ខែ មុនពេ លនោះ ដែ រ ឬទេ ? ◯ មាន ◯ អត់មានទេ

16. ក្នុ ងរ យៈ ពេ លមួយឆ្នាំ កន្លង ទៅនេះ ចំនួនថ្ងៃដែ លអ្នក ចូលរៀ នគឺ៖

◯ មិនពាក់ព័ន្ធ

◯ ច្រើនជាង ◯ ប្រហែលដូចគ្នា ◯ តិចជាង

ប្រ សិនបើ មិនពាក់ ព័ន្ធ សូមជ្រើ សយកមូលហេ តុដែ លវាមិ នពាក់ ព័ន្ធ

- ◯ ខ្ញុំមិនមានបញ្ហាជាមួយនឹងវត្តមាន មុនពេលចាប់ផ្តើមទទួលសេវាកម្មទេ
- ◯ ខ្ញុំត្រូវបានគេបណ្តេញចេញពីសាលារៀន
- ◯ ខ្ញុំទទួលការសិក្សានៅផ្ទះ
- ◯ ខ្ញុំបានឈប់រៀន
- ◯ ផ្សេងទៀត

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

53542

សូមឆ្លើ យសំណួរ ខាង ក្រោម នេះ ដើ ម្បី ឱ្យយើ ងស្គាល់ អ្ន កកាន់ តែ ច្បាស់ ។

17. តើ អ្នក មាន ភេ ទអ្វី ? ◯ ស្រី ◯ ប្រុស ◯ ផ្សេងទៀត

18. តើ អ្នក មាន ដើ មកំណើ តម៉ិកស៊ិក/អេ ស្ប៉ាញ /អាមេ រិ កឡាទី ន? ◯ មាន ◯ អត់មានទេ ◯ មិនដឹងទេ

19. តើ អ្នក ជាពូ ជសាស ន៍អ្វី ? (សូមគូសសម្គាល់ គ្រ ប់ចម្លើ យដែ លពាក់ ព័ន្ធ)
- ◯ ដើមកំណើតឥណ្ឌា ឬ អាឡាស្កាអាមេរិក
- ◯ ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត
- ◯ មិនដឹងទេ
- ◯ អាស៊ី
- ◯ ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស
- ◯ ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ
- ◯ ផ្សេងទៀត

20. តើ អ្នក កើ តនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា ?

[ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ]

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

21. តើ អ្នក មាន ការ ធានារ៉ាប់ រ ង Medi-Cal (Medicaid) ដែ រ ឬទេ ? ◯ មាន ◯ អត់មានទេ

22. តើ សេ វាក ម្មដែ លអ្នក បាន ទទួលបាន ត្រូ វ បាន ផ្ដល់ ជាភាសាដែ លអ្នក ចង់បាន ឬទេ ? ◯ មាន ◯ អត់មានទេ

23. តើ ព័ត៌មាន ជាលាយ លក្ខណ៍ អក្សរ (ឧទាហ រ ណ៍ ខិត្តប័ ណ្ណដែ លរៀ បរាប់ អំពីសេ វាក ម្មដែ លអាច រ កបាន សិទ្ធិ រ បស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើ ប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូ វ ចិត្ត ជាដើ ម) អាច រ កបាន ជាភាសាដែ លអ្នក ចង់បាន ដែ រ ឬទេ ? ◯ មាន ◯ អត់មានទេ

24. សូមកំណត់អត្តស ញ្ញាណ អ្នក ដែ លបាន ជួយអ្នក បំពេ ញផ្នែក ណាមួ យនៃ ការ ស្ទង់ មតិនេះ (គូសសញ្ញាស ម្គាល់ លើ គ្រ ប់ចម្លើ យដែ លពាក់ ព័ន្ធ)៖
- ◯ ខ្ញុំមិនត្រូវការជំនួយណាមួយទេ។
- ◯ អ្នកសម្ភាសន៍ជំនាញម្នាក់បានជួយខ្ញុំ។
- ◯ អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត/អ្នកគាំទ្រសុខភាពផ្លូវចិត្តបានជួយខ្ញុំ។
- ◯ គ្រូពេទ្យពិនិត្យជម្ងឺផ្ទាល់/អ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់ខ្ញុំបានជួយខ្ញុំ។
- ◯ អ្នកប្រើប្រាស់សុខភាពផ្លូវចិត្តម្នាក់ទៀតបានជួយខ្ញុំ។
- ◯ បុគ្គលិកម្នាក់ក្រៅពីគ្រូពេទ្យពិនិត្យជម្ងឺផ្ទាល់ ឬ អ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់ខ្ញុំបានជួយខ្ញុំ។
- ◯ សមាជិកគ្រួសារខ្ញុំម្នាក់បានជួយខ្ញុំ។
- ◯ មានអ្នកផ្សេងជួយខ្ញុំ។ តើជាអ្នកណាគេ?

សូមអរ គុណដែ លបាន ចំណាយពេ លឆ្លើ យសំណួរ ទាំ ងនេះ !

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code: 3 6

Date of Survey Administration:

0 6 / ☐☐ / 2 0 2 1

Reason (if applicable):

◯ Ref ◯ Imp ◯ Lan ◯ Oth

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

◯ 01 ◯ 02 ◯ 03 ◯ 04 ◯ 05 ◯ 06 ◯ 07 ◯ 08 ◯ 09 ◯ 10
◯ 11 ◯ 12 ◯ 13 ◯ 14 ◯ 15 ◯ 16 ◯ 17 ◯ 18 ◯ 19 ◯ 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

◯ 01 ◯ 02 ◯ 03 ◯ 04 ◯ 05 ◯ 06 ◯ 07 ◯ 08 ◯ 09 ◯ 10
◯ 11 ◯ 12 ◯ 13 ◯ 14 ◯ 15 ◯ 16 ◯ 17 ◯ 18 ◯ 19 ◯ 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

◯ 01 ◯ 02 ◯ 03 ◯ 04 ◯ 05 ◯ 06 ◯ 07 ◯ 08 ◯ 09 ◯ 10
◯ 11 ◯ 12 ◯ 13 ◯ 14 ◯ 15 ◯ 16 ◯ 17 ◯ 18 ◯ 19 ◯ 20

County Reporting Unit:

☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CSI County Client Number
****Must be entered on EVERY page****

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

53542