



5. 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.	 여기에서 1 년 이상 서비스를 받았습니다.
<p>6. 자녀가 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>7. 그전 12개월 동안에 자녀가 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>8. 자녀가 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 경찰과 만나는 횟수가... <input type="radio"/> 해당 사항 없음 (올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음) <input type="radio"/> 줄었음줄었음 * <input type="radio"/> 전과 동일 <input type="radio"/> 증가</p> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>* (예를 들어, 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기 프로그램으로 데려가지 않았음)</p> </div> <p>9. 자녀가 정신 건강 서비스를 받기 시작한 이후에 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>10. 그전 12개월 동안에 자녀가 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>11. 서비스를 받기 시작한 이후, 자녀가 학교에 있었던 일수는: <input type="radio"/> 해당 항목 없음 <input type="radio"/> 증가 <input type="radio"/> 거의 동일 <input type="radio"/> 감소</p> <p style="text-align: center;"><u>해당 항목이 없는 경우 해당되지 않는 이유를 선택해 주세요</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <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 	<p>12. 지난 12개월 동안 자녀가 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>13. 그전 12개월 동안에 자녀가 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>14. 작년 한 해 동안 자녀가 경찰과 만난 적이 있나요? <input type="radio"/> 해당 사항 없음 (올해 또는 작년에 경찰과 만난 적 없음) <input type="radio"/> 줄었음줄었음 * <input type="radio"/> 전과 동일 <input type="radio"/> 증가</p> <div style="background-color: #e0f2f1; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>* (예를 들어, 체포되거나, 경찰에게 제지당하거나, 경찰이 보호소 또는 위기 프로그램으로 데려가지 않았음)</p> </div> <p>15. 지난 12개월 동안 자녀가 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>16. 그전 12개월 동안에 자녀가 체포된 적이 있나요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <p>17. 작년 한 해 동안 자녀가 학교에 있었던 일수는: <input type="radio"/> 해당 항목 없음 <input type="radio"/> 증가 <input type="radio"/> 거의 동일 <input type="radio"/> 감소</p> <p style="text-align: center;"><u>해당 항목이 없는 경우 해당되지 않는 이유를 선택해 주세요</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <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

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

CSI County Client Number
 Must be entered on EVERY page



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 제공되었나요 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:


County Code:

Date of Survey Administration:

/ /

Reason (if applicable):

- Ref Imp Lan Oth

 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

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:

22528

