

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
ការស្តង់ដារអំពីការប្រជុំអំពីផែនការសេវាកម្មដែលផ្តោតលើមនុស្សជាចម្បង
Person Centered Service Plan Meeting Survey

សូមចំណាយពេលមួយភ្លែតដើម្បីប្រាប់យើងអំពីការប្រជុំអំពីផែនការសេវាកម្មដែលផ្តោតលើមនុស្សជាចម្បងនាពេលថ្មីៗនេះរបស់អ្នកជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់អ្នក។ ការស្តង់ដារនេះមិនបញ្ចេញឈ្មោះនោះទេ។ វាប្រហែលជាត្រូវបានបំពេញដោយអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ផ្សេងទៀតតាងនាមអ្នក និងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីជួយយើងធ្វើការងារឲ្យបានល្អប្រសើរឡើងនៅក្នុងការផ្តល់សេវាជូនអ្នក។ សូមគូសប្រអប់ខាងក្រោមដែលពណ៌នាអំពីចម្លើយរបស់អ្នកចំពោះសំណួរនីមួយៗបានល្អបំផុត និងធ្វើការស្តង់ដារនោះឡើងវិញនៅក្នុងស្រោមសំបុត្រដែលមានឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននៅលើនោះ ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូន។

ល.រ.	(1) បាទ/ចាស	(2) ទេ	(3) មិនច្បាស់	ការស្តង់ដារអំពីការប្រជុំអំពីផែនការសេវាកម្មដែលផ្តោតលើមនុស្សជាចម្បងរបស់ DDA
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើអ្នកត្រូវជ្រើសរើសបានជ្រើសរើសថាតើអ្នកណាដែលមកចូលរួមកិច្ចប្រជុំរបស់អ្នកដែរឬទេ?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើអ្នកត្រូវជ្រើសរើសបានជ្រើសរើសពេលវេលា និងទីកន្លែងនៃកិច្ចប្រជុំរបស់អ្នកដែរឬទេ?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើធាតុចូលរបស់អ្នកបាននាំផ្លូវនៃកិច្ចប្រជុំនេះដែរឬទេ?
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើគោលដៅផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងការបង្កើតផែនការរបស់អ្នកដែរឬទេ?
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់អ្នកបាននិយាយជាមួយអ្នកអំពីជម្រើសនៃសេវាកម្មនានាដែលអ្នកអាចស្វែងរកបានដែរឬទេ?
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើអ្នកត្រូវបានផ្តល់ជូននូវជម្រើសសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកដែរឬទេ?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើអ្នកបានជ្រើសរើសទីកន្លែង និងរបៀបដែលសេវានឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដែរឬទេ?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់អ្នកបានត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើផែនការកាលពីឆ្នាំមុនដើម្បីសួរអ្នកថាតើការគាំទ្រណាខ្លះដែលដំណើរការបានល្អ និងថាតើការគាំទ្រណាខ្លះដែលដំណើរការមិនបានល្អដែរឬទេ?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើមានកង្វល់ណាមួយដែលអ្នកប្រហែលជាអាចដោះស្រាយវាបាននៅក្នុងផែនការថ្មីរបស់អ្នកដែរឬទេ?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើអ្នកបានទទួលព័ត៌មានអំពីធនធាន និងសេវាដែលអាចស្វែងរកបានដើម្បីបំពេញតាមគោលដៅរបស់អ្នកដែរឬទេ?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើផែនការនានាត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីបំពេញតាមកង្វល់ផ្នែកសុខភាព និងផ្នែកសុវត្ថិភាពណាមួយដែលអ្នកអាចមានដែរឬទេ?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់អ្នកបាននិយាយជាមួយអ្នកអំពីផែនការសម្រាប់ត្រួតពិនិត្យរបស់អ្នកដែរឬទេ?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើអ្នកដឹងថាអ្នកត្រូវទាក់ទងអ្នកណាដែរឬទេ ប្រសិនបើគម្រូបការរបស់អ្នកមានការប្រែប្រួលមុនពេលវាយតម្លៃបន្ទាប់ទៀត?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់អ្នកបានប្រាប់អ្នកថាអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ 1-866-END-HARM (1-866-363-4276) នៅពេលណាមួយ ដើម្បីរាយការណ៍អំពីការបំពាន ឬចារមិនអើពើដែរឬទេ?
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់អ្នកបានពន្យល់អំពីសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសកម្មភាពដែលបានត្រួតពិនិត្យ និងរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយ DDA អំពីសេវារបស់អ្នកដែរឬទេ?
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	តើអ្នកសប្បាយចិត្តចំពោះសេវាដែលអ្នកទទួលបានដែរឬទេ?

17. សូមប្រើប្រាស់ចន្លោះទំនេរនៅខាងក្រោមដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានអំពីអ្វីដែលបានដំណើរការបានយ៉ាងល្អ ឬប្រាប់យើងអំពីសំណូមពរនានាដែលអ្នកមានដើម្បីធ្វើកិច្ចប្រជុំរបស់អ្នកមានភាពល្អប្រសើរឡើង។

សូមប្រគល់ជូនវិញដោយប្រើប្រាស់ស្រោមសំបុត្រដែលមានបោះត្រា និងមានឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយ ឬផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់ ៖
Department of Social and Health Services
Developmental Disabilities Administration (DDA)
Attention: Quality Assurance
PO Box 45310
Olympia WA 98504-5310