

ផែនការរបស់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនលើការស្ទង់មតិចាស់ជរា

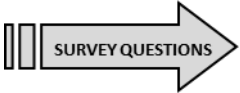
រដ្ឋបាលជំនួយចាស់ជរា និងរយៈពេលវែង (AL TSA) ត្រូវការជំនួយរបស់អ្នក។ សូមចំណាយពេលប៉ុន្មាននាទីដើម្បីបំពេញផែនការរដ្ឋ AL TSA 2022 ក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនលើការស្ទង់មតិចាស់ជរា។ យើងចង់ស្តាប់ពីអ្នក!

- ការដាក់បញ្ចូលរបស់អ្នកនឹងជួយ AL TSA រៀបចំផែនការសេវាកម្មរបស់ខ្លួន និងអភិវឌ្ឍន៍ផែនការរដ្ឋលើចាស់ជរាសម្រាប់ឆ្នាំ 2023-2027។
- ការស្ទង់មតិនេះគឺអនាមិក និងដោយសម្ងាត់។ ការស្ទង់មតិនេះមិនប្រមូលព័ត៌មានដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណបាន ហើយមានការការពារជាច្រើននៃទិន្នន័យ ដូច្នេះគ្មាននរណាដឹងថាអ្នកឆ្លើយយ៉ាងណានោះទេ។
- សូមជួយក្លាយជាផ្នែកនៃដំណើរការផែនការនេះដោយធ្វើការស្ទង់មតិខ្លីនេះ។
- សូមបំពេញវេបទៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2022។

អ្នកក៏អាចសន្សំសំចៃពេលវេលា និងកាត់បន្ថយ
ការប្រើក្រដាសដោយធ្វើការស្ទង់មតិតាមអនឡាញ។
លើកុំព្យូទ័រ ឬឧបករណ៍ចល័តណាមួយ ចូលទៅ៖
<https://www.research.net/r/2022StatePlanonAging>

- សេចក្តីណែនាំ៖
1. សម្រាប់សំណួរនីមួយៗ បំពេញចន្លោះលើសន្លឹកចម្លើយដែលត្រូវបំផុតនិងតំនិត ឬចំណេះដឹងរបស់អ្នក។
 2. សូមផ្តល់ចម្លើយតែមួយប៉ុណ្ណោះក្នុងសំណួរនីមួយៗ លុះត្រាតែបានណែនាំផ្សេងៗ។
 3. ប្រសិនបើសំណួរមិនអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ ទុកចម្លើយនោះទេ។

សូមធ្វើការស្ទង់មតិច្បាប់ចម្លងរឹងដែលបានបំពេញនេះក្នុងស្រោមសំបុត្រគ្រលប់ដែលបានផ្តល់ជូន ឬទៅកាន់៖
AL TSA State Plan on Aging Survey
PO Box 45600
Olympia, WA 98504



សំណួរសម្រាប់គ្រប់ភាគីពាក់ព័ន្ធផ្ទះ សម្រាប់សំណួរនីមួយៗ ជ្រើសរើសចម្លើយដែលត្រូវបំផុតនឹងគំនិត ឬចំណេះដឹងរបស់អ្នក។
ប្រសិនបើសំណួរមិនអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ ទុកចម្លើយនោះទេ។

1. តើអ្នក៖ (ជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)

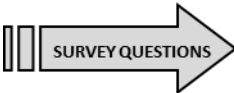
- មនុស្សចាស់ដែលមានតម្រូវការថែទាំ (អាយុ 60 ឆ្នាំឡើង)។
- មនុស្សចាស់ដែលមិនមានតម្រូវការថែទាំ (អាយុ 60 ឆ្នាំឡើង)។
- អ្នកថែទាំដែលបានបង់ប្រាក់សម្រាប់មនុស្សចាស់ម្នាក់។
- សាច់ញាតិរបស់មនុស្សចាស់ដែលត្រូវការការថែទាំ។
- មិត្តភក្តិ / អ្នកជិតខាងរបស់មនុស្សចាស់ដែលត្រូវការការថែទាំ។
- ខ្ញុំធ្វើការជាអ្នកផ្តល់សេវាដល់មនុស្សចាស់។
- ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស “ខ្ញុំធ្វើការជាអ្នកផ្តល់សេវាដល់មនុស្សចាស់” សូមឆ្លើយសំណួរ 1.a.

1.a. សូមពណ៌នាអំពីប្រភេទនៃសេវាកម្មដែលបានផ្តល់៖

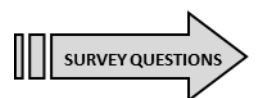
2. តើអ្វីញាស់ខាន់បំផុតដែលមនុស្សចាស់ជួបប្រទះសព្វថ្ងៃនេះ? (ជ្រើសរើសរហូតដល់បី)

- ជំងឺ Alzheimer ឬភាពវិកលចរិត / បាត់បង់ការចងចាំ
- ការថែទាំសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យ
- ចាស់ជរានៅនឹងកន្លែង
- លំនៅដ្ឋានដែលមានតម្លៃសមរម្យ
- ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (ដូចជាទឹកនោមផ្អែម រលាកសន្ទាក់ជាដើម។)
- ឧក្រិដ្ឋកម្ម / ក្លែងបន្លំ / រំលោភបំពាន
- ចូលប្រើសេវាកម្មស្របតាមសមធម៌
- ធ្លាក់ចុះ
- សន្តិសុខហិរញ្ញវត្ថុ/ប្រាក់ដើម្បីរស់បន្ត
- មិនអាចបើកបរបាន
- មិនដឹងថាត្រូវទៅរកជំនួយពីណា
- តំណែងផ្ទះថែទាំ
- អាហារូបត្ថម្ភ / មិនអាចចម្អិនអាហារ
- ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)



3. ខាងក្រោម ស្វែងរកបញ្ជីសេវាកម្មដែលផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាលបច្ចុប្បន្នត្រូវបានផ្តល់សម្រាប់មនុស្សចាស់។ សូមបង្ហាញថា តើសេវាកម្មទាំងនោះសំខាន់យ៉ាងណា៖

	សំខាន់ណាស់	សំខាន់ខ្លះៗ	សំខាន់បន្តិច
ជំនួយសម្រាប់អ្នកដែលផ្តល់ការថែទាំមិនបានបង់ប្រាក់ដល់សមាជិកគ្រួសារ (ដូចជាការសម្រាកថែទាំ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
សេវាកម្មថែទាំមនុស្សពេញវ័យ (ដូចជាការថែទាំមនុស្សពេញវ័យ និងសុខភាពមនុស្សពេញវ័យ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ព័ត៌មាន និងសេវាកម្មជំនួយដើម្បីស្វែងយល់អំពីជម្រើស និងជំនួយទទួលសេវាកម្ម	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ការដឹកជញ្ជូន (ទៅកាន់ការណាត់ជួបវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀត)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
អាហារដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ (Meals on Wheels)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
អាហារត្រូវបានបម្រើនៅមជ្ឈមណ្ឌលជាន់ខ្ពស់ និងការកំណត់ក្រុមផ្សេងទៀត	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
កម្មវិធីដើម្បីជួយបង្ការការរលោភចំពោះ មិនអើពើ និងគ្រោះថ្នាក់មនុស្ស	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
សេវាកម្មថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលជួយមនុស្សស្នាក់នៅផ្ទះរបស់ពួកគេ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
កម្មវិធីដែលជួយអ្នកដែលមានជំងឺរង្វង់វង់ រួមទាំងជំងឺ Alzheimer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ថ្នាក់រស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អ (ដូចជាលំហាត់ប្រាណ បង្ការជំងឺ និងការគ្រប់គ្រងខ្លួនឯងចំពោះស្ថានភាពសុខភាព)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ជួយដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីជម្រើសធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងរបៀបចុះឈ្មោះសម្រាប់ផែនការ (ដូចជា Medicare, Medicaid, ការថែទាំរយៈពេលយូរ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
លំនៅដ្ឋានដែលមានតម្លៃសមរម្យ និងអាចចូលទៅបាន	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
សេវាកម្មជំនួយស្របច្បាប់	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ផ្ទះថែទាំ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ការថែទាំអ្នកជំងឺតាមផ្ទះផ្សេងទៀត (ដូចជាការរស់នៅដែលបានជួយ ផ្ទះគ្រួសារមនុស្សពេញវ័យ ការថែទាំការចងចាំ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ជួយការទទួលបានផ្ទះ និងស្នាក់នៅផ្ទះបន្ទាប់ពីការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
សេវាកម្មអំពីថ្នាំ និងគ្រឿងស្រវឹង	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ឱកាសសង្គម និងការងារស្ម័គ្រចិត្ត	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ជួយស្វែងរកការបណ្តុះបណ្តាលការងារ និងតំណែងមនុស្សចាស់	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ជួយបង្ការការធ្លាក់	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ជួយសម្រាប់ជំងឺជំងឺតា/សាច់ញាតិផ្សេងទៀតដែលកំពុងចិញ្ចឹមកូន (កម្មវិធីថែទាំសាច់ញាតិ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ផ្សេងទៀត (សូមពណ៌នាខាងក្រោម)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
សូមពណ៌នា “ផ្សេងទៀត”៖ ប្រសិនបើអ្នកបានជ្រើសរើស			



* 4. ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ តើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារបានទទួលសេវាកម្មមួយ ឬច្រើនដូចបានរាយខាងលើ (#3) ឬទេ?

- បាទ/ចាស
- ទេ

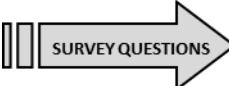
ប្រសិនបើអ្នកបានជ្រើសរើស “បាទ/ចាស”, សូមឆ្លើយសំណួរ 4.a. & 4.b.

4.a. សូមបង្ហាញសេវាកម្មខាងក្រោមមួយណាសម្រាប់មនុស្សចាស់ដែលអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារបានទទួលក្នុងឆ្នាំមុន (ជ្រើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)៖ ជំនួយ

- ជំនួយសម្រាប់អ្នកដែលផ្តល់ការថែទាំមិនបានបង្រ្រាក់ដល់សមាជិកគ្រួសារ (ដូចជាការសម្រាកថែទាំ)
- សេវាកម្មថែទាំមនុស្សពេញវ័យ (ដូចជាការថែទាំថែមនុស្សពេញវ័យ និងសុខភាពថែមនុស្សពេញវ័យ)
- ព័ត៌មាន និងសេវាកម្មជំនួយដើម្បីស្វែងយល់អំពីជម្រើស និងជំនួយទទួលសេវាកម្ម
- ការដឹកជញ្ជូន (ទៅកាន់ការណាត់ជួបវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀត)
- អាហារដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ (Meals on Wheels)
- អាហារត្រូវបានបម្រើនៅមជ្ឈមណ្ឌលជាន់ខ្ពស់ និងការកំណត់ក្រុមផ្សេងទៀត
- កម្មវិធីដើម្បីជួយបង្ការការរលោភចំពោះ មិនអើពើ និងកេងប្រវ័ញ្ចមនុស្ស
- សេវាកម្មថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលជួយមនុស្សស្នាក់នៅផ្ទះរបស់ពួកគេ
- កម្មវិធីដែលជួយអ្នកដែលមានជំងឺរង្វង់វង់ រួមទាំងជំងឺ Alzheimer
- ថ្នាក់រស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អ (ដូចជាលំហាត់ប្រាណ បង្ការជំងឺ និងការគ្រប់គ្រងខ្លួនឯងចំពោះស្ថានភាពសុខភាព)
- ជួយដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីជម្រើសធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងរបៀបចុះឈ្មោះសម្រាប់ផែនការ (ដូចជា Medicare, Medicaid, ការថែទាំរយៈពេលយូរ)
- លំនៅដ្ឋានដែលមានតម្លៃសមរម្យ និងអាចចូលទៅបាន
- សេវាកម្មជំនួយស្របច្បាប់
- ផ្ទះថែទាំ
- ការថែទាំអ្នកជំងឺតាមផ្ទះផ្សេងទៀត (ដូចជាការរស់នៅដែលបានជួយ ផ្ទះគ្រួសារមនុស្សពេញវ័យ ការថែទាំការចងចាំ)
- ជួយការទទួលបានផ្ទះ និងស្នាក់នៅផ្ទះបន្ទាប់ពីការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំ
- សេវាកម្មអំពីថ្នាំ និងគ្រឿងស្រវឹង
- សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- ឱកាសសង្គម និងការងារស្ម័គ្រចិត្ត
- ជួយស្វែងរកការបណ្តុះបណ្តាលការងារ និងតំណែងមនុស្សចាស់
- ជួយបង្ការការធ្លាក់
- ជួយសម្រាប់ជំងឺជំងឺតា/សាច់ញាតិផ្សេងទៀតដែលកំពុងចិញ្ចឹមកូន (កម្មវិធីថែទាំសាច់ញាតិ)
- ផ្សេងទៀត (សូមពណ៌នាខាងក្រោម)៖

4.b. សរុបមក តើអ្នកពេញចិត្តនឹងសេវាកម្មដែលអ្នកបានទទួលយ៉ាងដូចម្តេច?

- ពេញចិត្តណាស់
- ពេញចិត្ត
- គួរយោបល់
- មិនពេញចិត្ត
- ពិតជាមិនពេញចិត្ត



5. សូមឆ្លើយសំណួរបាន/ចាស ឬទេខាងក្រោម៖

តើអ្នកមានការណាត់ជួបតាមទូរសព្ទយ៉ាងតិចមួយដងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល **12** ខែចុងក្រោយនេះទេ?

- បាន/ចាស
- ទេ

6. នៅពេលមានជម្រើសអាចរកបាន តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះជាមួយកម្មវិធី និងសេវាកម្មថ្មីដោយរបៀបណា?

សូមចាត់ថ្នាក់វិធីសាស្ត្រដែលល្អចង់ជាមួយ **1** ជាជម្រើសដំបូងរបស់អ្នក និង **6** ជាជម្រើសចុងក្រោយរបស់អ្នក។

	ជម្រើសដំបូង					ជម្រើសចុងក្រោយ
	1	2	3	4	5	6
អនឡាញ - កុំព្យូទ័រ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
អនឡាញ ៖ ទូរសព្ទឆ្លាតវៃ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ហៅទូរសព្ទ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ដោយផ្ទាល់	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
តាមសំបុត្រ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
នរណាម្នាក់ផ្សេងចុះឈ្មោះឱ្យ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. សូមជ្រើសរើសតើអ្នកចង់ទទួលបានការអាចដេញដោលព័ត៌មានអំពីសេវាកម្ម និងជំនួយដែលអាចរកបានដោយរបៀបណា? (រៀបរយសេវាកម្មដែលល្អបំផុត)

- ខិត្តប័ណ្ណ / កូនសៀវភៅបោះពុម្ព
- ក្រុមជំនួយ
- ការប្រជុំ ការសែត
- ព្រឹត្តិបត្រ
- គេហទំព័រ
- បណ្តាញសង្គម (Facebook, Twitter)
- អ៊ីមែល
- កម្មវិធីលើទូរសព្ទចល័ត
- ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)

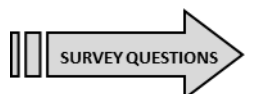
*** 8. តើអង្គភាពស្ថាប័នណាមួយដែលអ្នកមិនទេ?**

- បាន/ចាស
- ទេ

ប្រសិនបើអ្នកបាន “ទេ”, សូមឆ្លើយសំណួរ 8.a.

8.a. តើអ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានលើកម្មវិធី ឬសេវាកម្មនៅក្នុងភាសាចម្បងរបស់អ្នកឬទេ?

- បាន/ចាស
- ទេ (សូមចែករឿងរ៉ាវភាសាមួយណាដែលអ្នកមិនអាចស្វែងរកព័ត៌មាន)៖



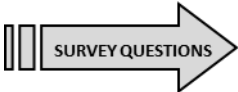
9. តើសេវាកម្មថ្មីអ្វីដែលអ្នកបានទទួលអំឡុងពេលជំងឺរាតត្បាត COVID-19? (ប្រើសេរីសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)

- សេវាកម្ម ជំនួយ ឬការអប់រំដែលទាក់ទងនឹងការដាក់ខ្លួនដាច់ដោយឡែកពីសង្គម
- បច្ចេកវិទ្យាជំនួយ (ធាតុ ឧបករណ៍ បរិក្ខារណាមួយដែលប្រើដើម្បីថែទាំ ឬពង្រឹងឯករាជ្យភាព ដូចជាជួយទទួល និងប្រើអេឡិចត្រូនិចដើម្បីជួយអន្តរកម្មនិម្មិត)
- ពិនិត្យរកមើលការដាក់ខ្លួនដាច់ដោយឡែកពីសង្គម ឬបាក់ទឹកចិត្ត
- ព័ត៌មានលើការចាក់វ៉ាក់សាំង/ព័ត៌មានលើស្ថានភាពការចាក់ថ្នាំបង្ការ
- សេវាកម្មដែលជួយត្រៀមលក្ខណៈសង្គ្រោះបន្ទាន់
- គ្មានសេវាកម្មថ្មី
- ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)

10. សូមវាយតម្លៃការយល់ព្រមរបស់អ្នកជាមួយសេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងក្រោម៖

	យល់ស្របពេញទំហឹង	យល់ស្រប	គ្មានយោបល់	មិនយល់ស្រប	មិនយល់ស្របពឹងទំហឹង
ខ្ញុំត្រូវការជំនួយកំណត់ពេលណាត់ជួបចាក់វ៉ាក់សាំងជំងឺ COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ខ្ញុំមានជំនួយដែលខ្ញុំត្រូវការកំណត់ពេលណាត់ជួបចាក់វ៉ាក់សាំងជំងឺ COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. សូមផ្តល់មតិផ្សេងណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នកអំឡុងពេលជំងឺរាតត្បាត COVID-19។



12. តើអ្នកផ្តល់ការថែទាំដល់នរណាម្នាក់ក្រៅពីខ្លួនឯងឬទេ?

- បាទ/ចាស
- ទេ

ប្រសិនបើអ្នកបានជ្រើសរើស “បាទ/ចាស”, សូមឆ្លើយសំណួរ 12.a. & 12.b.

12.a. តើនរណាដែលជាអ្នកថែទាំញឹកញាប់?

- កុមារ
- ចៅ
- ប្តី/ប្រពន្ធ / ដែក
- ឪពុកម្តាយវ័យចំណាស់ ឬឪពុកម្តាយភ្នែក
- គ្រួសារដែលបានពង្រីក
- អ្នកជំងឺ/អតិថិជន/សមាជិកមិនមែនគ្រួសារ
- ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)

12.b. តើអ្នកផ្តល់ការថែទាំយូរឬនួនហើយ?

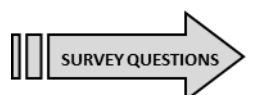
- 0 ដល់ 1 ឆ្នាំ
- 2 ដល់ 4 ឆ្នាំ
- 5 ដល់ 9 ឆ្នាំ
- 10 ឆ្នាំឡើង

13. តើស្ថានភាពលំនៅដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច?

- ផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួនដោយគ្មានកម្ចីទិញ
- ផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួនដោយមានកម្ចីទិញ
- ផ្ទះល (អាជ្ញាធរ/ផ្ទះ)
- លំនៅដ្ឋានមនុស្សចាស់រស់នៅឯករាជ្យ
- លំនៅដ្ឋានមនុស្សចាស់រស់នៅដោយជំនួយ
- លំនៅដ្ឋានមានតម្លៃសមរម្យ/ឧបត្ថម្ភធន (ដូចជាផ្នែកទី 8, ឬលំនៅដ្ឋានជំនួយរដ្ឋាភិបាល)
- ស្នាក់នៅជាមួយគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ
- ផ្តល់ប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសំបែង
- ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)

14. នរណាទៀតរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក? (ជ្រើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)

- ខ្ញុំរស់នៅម្នាក់ឯង
- ប្តី/ប្រពន្ធ / ដែកតែប៉ុណ្ណោះ
- កុមារពេញវ័យ
- ចៅ
- អ្នកថែទាំបង់ប្រាក់
- មិត្តរួមបន្ទប់
- ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)



15. សូមប្រាប់យើងប្រសិនបើអ្នកមានអ្វីខាងក្រោម៖

	បាទ/ចាស	ទេ
ខ្ញុំមានកុំព្យូទ័រ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ខ្ញុំមានទូរស័ព្ទឆ្លាតវៃ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ខ្ញុំមានមានអ៊ីនធឺណិតដែលអាចទុកចិត្តបាននៅផ្ទះ ឬនៅលើទូរស័ព្ទឆ្លាតវៃ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. តើមានប្រាក់គ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបង់ថ្លៃតម្រូវការមូលដ្ឋានរបស់អ្នកទាំងអស់ក្នុងពេល 12 ខែកន្លងទៅទេ?

- បាទ/ចាស ទេ
- ទេ

ប្រសិនបើអ្នកបានជ្រើសរើស “ទេ”, សូមឆ្លើយសំណួរ 16.a.

16.a. តើខាងក្រោមមួយណាដែលអ្នកមិនមានប្រាក់គ្រាន់បង់? (ជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)

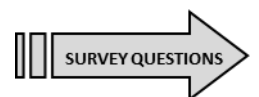
- លំនៅដ្ឋាន
- ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់
- អាហារ
- ការថែទាំសុខភាព ឬសេវាកម្មសុខភាព
- ការដឹកជញ្ជូន
- សម្លៀកបំពាក់
- ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)

17. សូមវាយតម្លៃការយល់ព្រមរបស់អ្នកជាមួយសេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងក្រោម៖

	យល់ស្រប				មិនយល់ស្រប
	ពេញទំហឹង	យល់ស្រប	គ្មានយោបល់	មិនយល់ស្រប	
ខ្ញុំមានទំនុកចិត្តអំពីការសម្រេចចិត្តសុខភាព។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ខ្ញុំមាននរណាម្នាក់និយាយជាមួយអំពីភាពជោគជ័យ និងបញ្ហារបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាទទួលបានយក និងរួមបញ្ចូលក្នុងសហគមន៍របស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ខ្ញុំមានអារម្មណ៍សុវត្ថិភាពនៅកន្លែងដែលខ្ញុំរស់នៅ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. តើអ្នកមានអារម្មណ៍រឹងកា ឬដាច់ដោយឡែកពីមនុស្សដុំវិញខ្លួនញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

- មិនដែល
- តិច
- ពេលខ្លះ
- ញឹកញាប់
- ជានិច្ច



19. សូមផ្តល់មតិផ្សេងណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីតម្រូវការ អាទិភាព និងការចូលរួមសេវាកម្មនៃមនុស្សចាស់នៅក្នុងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។

អ្នកជិតបញ្ចប់ហើយ! សូមឆ្លើយសំណួរសំខាន់ៗទៀតអំពីខ្លួនឯងដើម្បីជួយយើងផ្តល់សេវាកម្មគុណភាពខ្ពស់។

20. តើអ្នកអាយុប៉ុន្មាន?

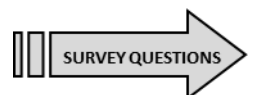
- ក្រោម 50 ឆ្នាំ
- 50 – 55 ឆ្នាំ
- 56 – 59 ឆ្នាំ
- 60 – 64 ឆ្នាំ
- 65 – 74 ឆ្នាំ
- 75 – 84 ឆ្នាំ
- 85 ឆ្នាំឡើង

21. តើអ្នកភេទអ្វី?

- ប្រុស
- ស្រី
- មិនបញ្ជាក់ភេទ /មិនមែនគោលពីរ
- មិនចង់និយាយ
- មិនមានក្នុងបញ្ជី

22. តើអ្នកកំណត់ថាជាអ្នកប្តូរភេទ?

- បាទចាស
- ទេ
- មិនចង់និយាយ



23. សូមបញ្ជាក់ពីពូជសាសន៍ និងជាតិសាសន៍ដែលអ្នកកំណត់ថាជានោះ (ជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)

- | | | | |
|---|----------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> ឥណ្ឌា/អាឡាស្កាដើមអាមេរិក | <input type="radio"/> ឥណ្ឌាអាស៊ី | <input type="radio"/> ហាវ៉ៃដើម | <input type="radio"/> អាស៊ីផ្សេងទៀត |
| <input type="radio"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក | <input type="radio"/> វៀតណាម | <input type="radio"/> សាម៉រ | <input type="radio"/> អេស្ប៉ាញ/ឡាទីន |
| <input type="radio"/> ចិន | <input type="radio"/> កូរ៉េ | <input type="radio"/> ឆាម៉ូរី | <input type="radio"/> ស្បែកស |
| <input type="radio"/> ហ្វីលីពីន | <input type="radio"/> ជប៉ុន | <input type="radio"/> អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត | <input type="radio"/> បដិសេធចំពោះរដ្ឋ |
- ពូជសាសន៍ និងជាតិសាសន៍ផ្សេងមួយចំនួន (សូមបញ្ជាក់)

24. មានតំបន់ដែនការ និងសេវាកម្មចំនួន 13 ដែលគ្រោង និងបញ្ជូនសេវាកម្មទៅកាន់មនុស្សពេញវ័យទូទាំងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។

សូមជ្រើសរើសភ្នាក់ដែលផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ៖

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> ភ្នាក់ងារតំបន់ Olympic លើចាស់ជរា | <input type="radio"/> ធនធានចាស់ជរា និងមានពិការភាពខោនធី Pierce | <input type="radio"/> ការថែទាំចាស់ជរា និងរយៈពេលវែងវ៉ាស៊ីនតោនភាគអាគ្នេយ៍ | <input type="radio"/> ផ្នែកថែទាំចាស់ជរា និងរយៈពេលវែងខោនធី Kitsap |
| <input type="radio"/> ក្រុមប្រឹក្សាភាគពាយ័ព្យ | <input type="radio"/> ភ្នាក់ងារតំបន់ Lewis-Mason-Thurston លើចាស់ជរា | <input type="radio"/> ភ្នាក់ងារតំបន់ Yakama Nation លើចាស់ជរា | <input type="radio"/> ខ្ញុំមិនដឹង |
| <input type="radio"/> សេវាកម្មចាស់ជរា និងមានពិការភាពខោនធី Snohomish | <input type="radio"/> ភ្នាក់ងារតំបន់លើចាស់ជរា និងមានពិការភាពនៃវ៉ាស៊ីនតោនភាគទិស | <input type="radio"/> ការថែទាំចាស់ជរា និងរយៈពេលវែងវ៉ាស៊ីនតោនភាគខាងកើត | |
| <input type="radio"/> សេវាកម្មចាស់ជរា និងមានពិការភាពខោនធី King | <input type="radio"/> ការថែទាំចាស់ជរា និងមនុស្សពេញវ័យនៃភាគកណ្តាលវ៉ាស៊ីនតោន | <input type="radio"/> កូលស្ត្រីនសហព័ន្ធនៃភ្នាក់ងារតំបន់ Colville Reservation លើចាស់ជរា | |

25. សូមជ្រើសរើសខោនធីខាងក្រោមដែលអ្នករស់នៅ៖

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Adams | <input type="radio"/> Franklin | <input type="radio"/> Lewis | <input type="radio"/> Snohomish |
| <input type="radio"/> Asotin | <input type="radio"/> Garfield | <input type="radio"/> Lincoln | <input type="radio"/> Spokane |
| <input type="radio"/> Benton | <input type="radio"/> Grant | <input type="radio"/> Mason | <input type="radio"/> Stevens |
| <input type="radio"/> Chelan | <input type="radio"/> Grays Harbor | <input type="radio"/> Okanogan | <input type="radio"/> Thurston |
| <input type="radio"/> Clallam | <input type="radio"/> Island | <input type="radio"/> Pacific | <input type="radio"/> Wahkiakum |
| <input type="radio"/> Clark | <input type="radio"/> Jefferson | <input type="radio"/> Pend Oreille | <input type="radio"/> Walla Walla |
| <input type="radio"/> Columbia | <input type="radio"/> King | <input type="radio"/> Pierce | <input type="radio"/> Whatcom |
| <input type="radio"/> Cowlitz | <input type="radio"/> Kitsap | <input type="radio"/> San Juan | <input type="radio"/> Whitman |
| <input type="radio"/> Douglas | <input type="radio"/> Kittitas | <input type="radio"/> Skagit | <input type="radio"/> Yakima |
| <input type="radio"/> Ferry | <input type="radio"/> Klickitat | <input type="radio"/> Skamania | |

នេះគឺជាចុងបញ្ចប់នៃការស្ទង់មតិ។

អរគុណសម្រាប់ការចំណាយពេលវេលាបំពេញដែនការរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនលើការស្ទង់មតិចាស់ជរា!

ការដាក់បញ្ចូលរបស់អ្នកគឺពិតជាសំខាន់ចំពោះយើងខ្លាំងណាស់។