



STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

CHILDREN'S ADMINISTRATION

Specific Office

Name and Mailing Address

尊敬的 Name:

感谢您在家庭评估应对措施 (FAR) 期间与儿童管理的合作。希望这将为您的家人带来帮助。您的儿童管理个案已关闭。

如您所知，您家人的健康、安全与幸福至关重要。加入社区一起寻找资源、支持和联系，这是增强儿童安全与幸福感的一种方式。现在，我们为您提供一些社区资源和计划，或许能够在将来对您有所帮助：

Community Resource(s) List

我们想要了解更多关于您的经历，以便继续改善服务。一家名为 TriWest 的调查公司正在对参与过 FAR 的家庭进行简短调查。对于回答调查的家庭的身份，TriWest 将保密。我们非常感谢您的反馈，并附上了一份调查副本。请填写该调查，并装在随附的贴有邮票的信封内寄回。

如果您有任何问题、疑问或评论，可以致电 Telephone Number (include area code) 或发送电子邮件至 Email Address 联系我。

谨致问候，

CA Worker's Name

FAR 家庭调查
FAR Family Survey

感谢您参与此次简短调查，分享您在家庭评估应对措施 (FAR) 的经历。本调查由 TriWest 集团开展，旨在评估 FAR 计划，并了解哪些方面卓有成效以及哪些领域仍需改善。

您分享的所有信息都将严格保密。请装在随附的贴有邮票的回邮信封中寄回。

1. FAR 个案工作人员在对您的小孩进行面试之前，是否联系您约时间见面？

- 是
 否
 不愿回答

2. FAR 个案工作人员是否为您提供机会，让您讨论您家庭的优势、信念和传统？

- 始终。 有时。 偶尔。 从不。 不适用

3. 对于我的家庭是否需要服务，我的个案工作人员倾听我的选择。

- 强烈同意。 同意。 不同意。 强烈不同意。 不适用

4. 在制定有关我家庭的重要决策时没有考虑我的意见。

- 强烈同意。 同意。 不同意。 强烈不同意。 不适用

5. 整体而言，经过这次经历，您的家庭情况有所改善还是更加糟糕？

- 大幅改善。 有些改善。 有些糟糕。 糟糕得多。 没有变化。 不适用

6. 对于个案工作人员或去您家的儿童服务工作人员对待您与您家人的方式，您的满意程度如何？

- 非常满意。 基本满意。 基本不满意。 非常不满意。 不适用

7. 对于您收到或为您提供的帮助，您的满意程度如何？

- 非常满意。 基本满意。 基本不满意。 非常不满意。 不适用

8. 为确定您接受服务的办事处，请输入您所在地的 5 位数邮政编码。如果您不希望提供此信息，请将此字段留空。

5 位数邮政编码

9. 感谢您的宝贵时间和重要反馈。如果您愿意让 TriWest 联系您，以提供其他反馈或评论，或者如果您想要为我们留言，请在下方评论栏留下您的消息和/或电话号码。否则，您可以将该部分留空。再次感谢您的帮助。