



STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

CHILDREN'S ADMINISTRATION

Specific Office

Name and Mailing Address

Name 様

家庭評価対応 (FAR: Family Assessment Response)に際しては、児童管理課にご協力いただきまして有難うございました。あなたとあなたのご家族のにとって有益であったことを願います。児童管理課におけるあなたの事例は終了いたしました。

ご存知のとおり、あなたの健康と安全は非常に重要なものです。地域活動に参加してリソース、サポート、コネクションを見つけることは、お子様の安全と健康を向上する方法の一つです。今後、あなたにとって役立つであろう地域のリソースやプログラムを提供いたします：

Community Resource(s) List

当課のサービスを継続的に改善していくために、あなたの体験をお聞かせください。TriWest というリサーチ会社が、FARに参加されたご家族を対象に簡単なアンケートを行っております。TriWestは、同アンケートにご協力いただいたご家族の身元は機密扱いいたします。アンケート用紙を同封しておりますが、皆様のご意見をいただけたら幸いです。アンケートにご回答のうえ、返信用封筒（切手不要）でご返送ください。

ご質問、懸念事項、ご意見等がございましたら、Telephone Number (include area code) または Email Address までご連絡ください。

よろしく願いいたします。

CA Worker's Name

FAMILY ASSESSMENT RESPONSE (FAR)  
**FAR ご家族向けアンケート**  
**FAR Family Survey**

Family Assessment Response (FAR)でのご経験に関する簡単なアンケートにご協力いただきまして有難うございます。このアンケートは、TriWest Group が FAR プログラムを評価し、プログラムのよい点と改善の余地のある点を明確にするために行っております。

共有していただいた全ての情報は、完全に機密情報とさせていただきます。同封の返信用封筒（切手不要）でご返送ください。

1. あなたのお子様との面談前に、FAR のケースワーカーはあなたとの面談時間を設定するために連絡をしましたか？
- はい  
 いいえ  
 回答を希望しない

2. FAR のケースワーカーは、あなたのご家族の長所、信念（宗教）、伝統等について話し合う機会を与えてくれましたか？

いつも。                      ときどき。                      あまりなかった。                      全くなかった。                      該当なし

                                                                                                                                                      

3. 私のケースワーカーは、私の家族がサービスを必要としているかどうかについて私の意見を聞いてくれた。

強く同意する。                      同意する。                      同意しない。                      全く同意しない。                      該当なし

                                                                                                                                                      

4. 私の家族に関する重要な決断が、私の意見なしに下された。

強く同意する。                      同意する。                      同意しない。                      全く同意しない。                      該当なし

                                                                                                                                                      

5. 全体的に、あなたのご家族の生活はこの経験のおかげで向上しましたか？それとも以前より悪くなりましたか？

非常に向上した。                      いくらか向上した。                      いくらか悪くなった。                      非常に悪くなった。                      変化がみられない。                      該当なし

                                                                                                                                                                                            

6. あなたとあなたのご家族は、ご家庭を訪問したケースワーカーまたは児童サービス担当者の対応にどの程度満足していますか？

非常に満足している。                      ほぼ満足している。                      不満が多い。                      非常に不満である。                      該当なし

                                                                                                                                                      

7. あなたが受けたサービスまたは提供されたサービスについてどの程度満足していますか？

非常に満足している。                      ほぼ満足している。                      不満が多い。                      非常に不満である。                      該当なし

                                                                                                                                                      

8. あなたがサービスを受けた事務所を特定するため、ご自宅の郵便番号（5桁）をご記入ください。この情報を提供しないことを希望される場合は、この欄は空白のままです。

郵便番号（5桁）

9. 貴重なお時間とご意見をいただきまして有難うございました。さらなるご意見またはコメントを提供するために TriWest から連絡させていただける場合、もしくは当課への伝言がある場合は、以下のコメント欄にメッセージもしくはあなたの電話番号をご記入ください。または、この欄を空白のままでも構いません。ご協力有難うございました。