



STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

CHILDREN'S ADMINISTRATION

Specific Office

Name and Mailing Address

Name 님

가족 평가 반응(FAR) 조사 동안 아동행정국(Children's Administration)에 협조해주셔서 감사합니다. 귀하와 귀하의 가정에게 도움이 되었기를 바랍니다. 귀하의 아동행정국 사안은 종결되었습니다.

아시는 바와 같이 귀하 가정의 건강과 안전, 복지는 매우 중요합니다. 지역사회에 참여하여 자원과 지원, 관계를 찾는 일은 아동의 안전과 복지를 개선하는 좋은 방법 중 하나입니다. 저희는 귀하께 향후에 도움이 될 지역사회 자원과 프로그램을 제공합니다.

Community Resource(s) List

저희가 서비스를 개선할 수 있도록 귀하의 경험에 대해 더 자세히 알아보고자 합니다. 조사기관인 TriWest는 FAR에 참여한 가정과 짧은 조사를 진행하고 있습니다. TriWest는 조사에 답변해주신 가정의 신원을 기밀로 유지합니다. 귀하의 피드백에 감사드리며 설문지를 동봉하여 보내드립니다. 설문지를 작성하신 다음 소인이 찍힌 봉투에 보내주십시오.

질문이나 우려사항, 의견이 있으시면 Telephone Number (include area code) 또는 Email Address로 연락해주십시오.

안녕히 계십시오.

CA Worker's Name

FAR 가정 조사
FAR Family Survey

귀하의 가족 평가 반응 (FAR) 경험에 대해 알아보는 짧은 설문조사에 참여해주셔서 감사합니다. 본 조사는 TriWest Group이 진행하며, FAR 프로그램을 평가하고 무엇이 잘 되었으며 어떤 부분을 개선해야 하는지 알아보고 있습니다.

제공해주신 모든 정보는 엄격히 기밀로 유지됩니다. 주소가 적힌 동봉된 봉투에 담아 보내주십시오.

1. FAR 사례담당자가 귀하의 자녀와 면담을 하기 전에 연락하여 귀하와 만날 시간을 마련했습니까?

- 예
 아니오
 답변하지 않겠습니다.

2. FAR 사례담당자가 귀하 가정의 강점과 신념, 전통에 대해 이야기할 기회를 제공하였습니까?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 항상. | 때때로. | 아주 가끔씩. | 전혀. | 해당사항 없음 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. 사례담당자가 우리 가족의 서비스 필요성 선택에 대해 경청하였습니다.

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 매우 동의함. | 동의함. | 동의하지 않음. | 전혀 동의하지 않음. | 해당사항 없음 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. 우리 가족의 중요한 결정은 나의 의견 없이 결정되었습니다.

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 매우 동의함. | 동의함. | 동의하지 않음. | 전혀 동의하지 않음. | 해당사항 없음 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. 귀하의 가족은 전체적으로 이 경험을 통해 더 좋아졌습니까, 나빠졌습니까?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 훨씬 좋아짐. | 다소 좋아짐. | 다소 나빠짐. | 훨씬 나빠짐. | 변화 없음. | 해당사항 없음 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. 귀하의 가정을 방문한 사례담당자나 아동 서비스 담당자가 보인 귀하와 귀하 가족에 대한 대우에 얼마나 만족하십니까?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 매우 만족함. | 대체로 만족함. | 대체로 불만족함. | 매우 불만족함. | 해당사항 없음 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. 귀하께서 받으신 도움이나 제안된 도움에 얼마나 만족하십니까?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 매우 만족함. | 대체로 만족함. | 대체로 불만족함. | 매우 불만족함. | 해당사항 없음 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. 서비스를 제공받으신 사무소를 확인하기 위해 다섯 자리 zip 코드를 입력하십시오. 이 정보를 제공하기를 원치 않으시면 빈칸으로 두십시오.

5자리 zip 코드

9. 시간을 내어 귀중한 의견을 제공해주셔서 감사합니다. TriWest와 연락을 취하여 추가 의견이나 피드백을 제공하기를 원하시는 경우, 저희에게 메시지를 남기시고자 하는 경우, 아래 의견란에 귀하의 메시지나 전화번호를 남겨주십시오. 그렇지 않으면 이 섹션을 빈칸으로 두십시오 귀하의 협조에 다시 한 번 감사드립니다.