



STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

CHILDREN'S ADMINISTRATION

Specific Office

Name and Mailing Address

เรียน Name,

ขอขอบคุณที่ท่านทำงานร่วมกับฝ่ายงานธุรการเด็ก (Children's Administration) ระหว่างการตอบสนองการประเมินครอบครัว (Family Assessment Response หรือ FAR) ข้าพเจ้าหวังว่าโปรแกรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านและครอบครัวของท่าน กรณีของท่านกับฝ่ายงานธุรการเด็กได้ถูกปิดแล้ว

ตามที่ท่านทราบ สุขภาพ ความปลอดภัย และสวัสดิการของครอบครัวของท่านนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การเข้าร่วมกับชุมชนของท่านเพื่อค้นหาทรัพยากร การสนับสนุน และเครือข่ายเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มความปลอดภัยและสวัสดิการของบุตรหลานของท่าน เราจะจัดเตรียมทรัพยากรชุมชนและโปรแกรมบางอย่างที่อาจเป็นประโยชน์ให้แก่ท่านในอนาคต:

Community Resource(s) List

เราปรารถนาที่จะทราบเกี่ยวกับประสบการณ์ของท่านเพิ่มเติมเพื่อเราจะสามารถพัฒนาบริการของเราได้ต่อเนื่อง บริษัทการวิจัยที่ชื่อว่า TriWest ได้ทำแบบสำรวจสั้นๆ กับครอบครัวที่เข้าร่วมในโครงการ FAR โดย TriWest จะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวของผู้ที่ตอบแบบสำรวจนี้ไว้เป็นความลับ เรายินดีรับฟังความคิดเห็นของท่านและได้แนบสำเนาแบบสำรวจมาพร้อมกับจดหมายฉบับนี้ โปรดกรอกแบบสำรวจแล้วส่งกลับมาในช่องจดหมาย ที่ติดไปรษณียากรที่แนบมานี้

หากคุณมีคำถาม ข้อกังวล หรือความคิดเห็นใดๆ สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ Telephone Number (include area code) หรือที่ Email Address

**ขอแสดงความนับถือ**

CA Worker's Name

**แบบสำรวจครอบครัว FAR**  
FAR Family Survey

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสำรวจสั้นๆ เกี่ยวกับประสบการณ์ของท่านในการตอบรับการประเมินครอบครัว (FAR) แบบสำรวจนี้ได้จัดทำขึ้นโดยกลุ่ม TriWest เพื่อประเมินโปรแกรม FAR และค้นหาว่าวิธีการใดที่ได้ผลและข้อมูลส่วนใดที่สามารถนำไปใช้เพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

ข้อมูลทั้งหมดที่ท่านแบ่งปันจะถูกเก็บไว้อย่างเป็นความลับที่สุด  
โปรดส่งคืนในซองจดหมายที่ติดไปรษณีย์และจำหน่ายของเรียบร้อยแล้วที่แนบมานี้

1. เจ้าหน้าที่ดูแลกรณีเฉพาะ FAR ได้ติดต่อท่านเพื่อนัดหมายเวลาก่อนการสัมภาษณ์บุตรหลานของท่านหรือไม่?

- ใช่  
 ไม่  
 ไม่ประสงค์ที่จะตอบ

2. เจ้าหน้าที่ดูแลกรณีเฉพาะ FAR ได้ให้โอกาสแก่ท่านในการพูดคุยเกี่ยวกับข้อดี ความเชื่อ และธรรมเนียมของครอบครัวของท่านหรือไม่?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| เสมอ                     | บางครั้ง                 | ไม่บ่อย                  | ไม่เคย                   | ไม่เกี่ยวข้อง            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. เจ้าหน้าที่ดูแลกรณีเฉพาะของงั้นได้ฟังความคิดเห็นของงั้นว่าครอบครัวของงั้นจำเป็นต้องรับบริการหรือไม่

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง        | เห็นด้วย                 | ไม่เห็นด้วย              | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง     | ไม่เกี่ยวข้อง            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. การตัดสินใจที่สำคัญเกี่ยวกับครอบครัวของงั้นดำเนินการโดยงั้นไม่ได้มีส่วนร่วม

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง        | เห็นด้วย                 | ไม่เห็นด้วย              | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง     | ไม่เกี่ยวข้อง            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. โดยรวมแล้ว ครอบครัวของท่านดีขึ้นมากหรือแย่ลงมากเพราะประสบการณ์ที่ได้รับนี้?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ดีขึ้นมาก                | ค่อนข้างดีขึ้น           | ค่อนข้างแย่ลง            | แย่ลงมาก                 | ไม่มีการเปลี่ยนแปลง      | ไม่เกี่ยวข้อง            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. ท่านพอใจในวิธีที่ท่านและครอบครัวของท่านได้รับการปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่ดูแลกรณีเฉพาะหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการงานเด็กที่มาเยี่ยมเยียนที่บ้านของท่านอย่างไร?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| พอใจอย่างยิ่ง            | พอใจเป็นส่วนใหญ่         | ไม่พอใจเป็นส่วนใหญ่      | ไม่พอใจอย่างยิ่ง         | ไม่เกี่ยวข้อง            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. ท่านพอใจกับความช่วยเหลือที่ท่านได้รับหรือได้รับการเสนอให้อย่างไร?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| พอใจอย่างยิ่ง            | พอใจเป็นส่วนใหญ่         | ไม่พอใจเป็นส่วนใหญ่      | ไม่พอใจอย่างยิ่ง         | ไม่เกี่ยวข้อง            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. เพื่อระบุสำนักงานที่ท่านได้รับการ โปรดป้อนรหัสไปรษณีย์จำนวน 5 หลักของท่าน หากท่านไม่ต้องการให้ข้อมูลนี้ โปรดเว้นช่องว่างไว้

รหัสไปรษณีย์ 5 หลัก

9. ขอขอบคุณสำหรับเวลาและความคิดเห็นที่สำคัญของท่าน หากท่านต้องการได้รับการติดต่อจาก TriWest เพื่อแสดงการตอบรับหรือความคิดเห็นเพิ่มเติม หรือหากท่านต้องการส่งข้อความให้กับเรา โปรดเขียนข้อความให้กับเรา และ/หรือหมายเลขโทรศัพท์ของท่านลงในช่องแสดงความคิดเห็นด้านล่าง ทุกรายการที่ท่านสามารถเว้นช่องว่างไว้ได้ ขอขอบคุณอีกครั้งที่ให้ความร่วมมือ