**[*If possible, print this letter on your letterhead*]**

ເຖິງ ,

(Agency name) ຢາກຮູ້ວ່າທ່ານຄິດແນວໃດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ການບໍລິການນຳໃຊ້ສານທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຜ່ານ
(CCS, CSC, CSP program name). ຖ້າທ່ານເຮັດສໍາເລັດແບບສໍາຫຼວດແບບທີ່ຄັດຕິດມາ, ດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ, ທ່ານຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນປະໂຫຍດແກ່ຊຸມຊົນຂອງທ່ານ ເພື່ອປັບປຸງການເຂົ້າເຖິງການດູແລທີ່ມີຄຸນນະພາບ.

ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ທ່ານສະໜອງໃຫ້ໃນແບບສໍາຫຼວດຄວາມພໍໃຈຂອງຜູ້ໃຫຍ່ນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມລັບ ແລະ ບໍ່ລະບຸຊື່. ພະນັກງານໂຄງການຈະບໍ່ເຫັນຄໍາຕອບຂອງທ່ານ ແລະ ການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງທ່ານໃນແບບສໍາຫຼວດນີ້ ຈະບໍ່ມີຜົນກະທົບໂດຍກົງຕໍ່ການບໍລິການຂອງທ່ານ.

ເມື່ອທ່ານເຮັດແບບສຳຫຼວດ:

* ຄິດກ່ຽວກັບປະສົບການຂອງທ່ານກັບ (CCS, CSC, CSP program name) ໃນໄລຍະຫົກ (6) ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ. ຢ່າຄິດກ່ຽວກັບໂຄງການສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດອື່ນໆ.
* ຄຳວ່າ “***ອົງການ***” ໝາຍເຖິງ (Agency name).
* ຄຳວ່າ "***ການບໍລິການ***" ໝາຍເຖິງ ການບໍລິການຈາກ (CCS, CSC, CSP program name).
* ຄຳວ່າ "***ພະນັກງານ***" ໝາຍເຖິງ (CCS, CSC, CSP counselor, case manager, etc.) ຂອງທ່ານ.
* ຄໍາວ່າ "***ຜູ້ບໍລິໂພກ***" ໝາຍເຖິງ ຄົນອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມເຈັບປ່ວຍທາງຈິດ ແລະ/ຫຼື ການບໍລິການການນໍາໃຊ້ສານ ແລະ ຜູ້ທີ່ເປີດໃຫ້ຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ອື່ນທີ່ມີປະສົບການທີ່ຄ້າຍຄືກັນ.

ເມື່ອທ່ານສົ່ງຄືນແບບສໍາຫຼວດ:

* ຢ່າເອົາຊື່ຂອງທ່ານໃສ່ໃນແບບສຳຫຼວດ ຫຼື ສົ່ງຄືນຊອງຈົດໝາຍ.
* ສົ່ງຄືນແບບສໍາຫຼວດທີ່ເຮັດສໍາເລັດໃນຊອງຈົດໝາຍທີ່ຂຽນດ້ວຍຕົນເອງ, ສະແຕມທີ່ສະໜອງໃຫ້.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບແບບສໍາຫຼວດ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ (name and phone number). ຂອບໃຈລ່ວງໜ້າ ສໍາລັບຄວາມຄິດກ່ຽວກັບການຕື່ມຂໍ້ມູນແບບສໍາຫຼວດທີ່ສໍາຄັນນີ້.

ດ້ວຍຄວາມຮັກແພງ,

(Agency name)