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

आदरणीय ,

(Agency name) तपाईंले (CCS, CSC, CSP program name) मार्फत प्राप्त गरेको मानसिक स्वास्थ्य र/वा लागूपदार्थको उपयोग सेवाहरूका बारेमा तपाईंको विचार जान्न चाहन्छ। तपाईंले संलग्न स्वैच्छिक सर्वेक्षण पूरा गर्नुभयो भने तपाईंले गुणस्तरीय स्याहारमा पहुँच सुधार गर्न आफ्नो समुदायलाई उपयोगी जानकारी प्रदान गर्नु हुने छ।

यस वयस्क सन्तोषजनकता सर्वेक्षणमा प्रदान गर्नुभएको सबै जानकारी गोप्य र अज्ञात रहने छ। कार्यक्रमका कर्मचारीहरूले तपाईंका उत्तरहरू हेर्ने छैनन् र यस सर्वेक्षणमा तपाईंको सहभागिता तपाईंका सेवाहरूलाई सिधा रूपमा प्रभावित गर्ने छैन।

सर्वेक्षण भरिदै गर्दा:

* विगत छ (6) महिनाको अवधिमा (CCS, CSC, CSP program name) का साथ तपाईंको अनुभवका बारेमा सोच्नुहोस्। अन्य स्वास्थ्य र मानव सेवा कार्यक्रमहरूका बारेमा नसोच्नुहोस्।
* “***एजेन्सी***” शब्दले (Agency name) लाई जनाउँछ।
* “***सेवा(हरू)***” शब्दले (CCS, CSC, CSP program name) बाट सेवाहरूलाई जनाउँछ।
* “***कर्मचारी***” शब्दले तपाईंको (CCS, CSC, CSP counselor, case manager, etc.) लाई जनाउँछ।
* “***उपभोक्ता***” शब्दले अन्य व्यक्तिहरूलाई जनाउँछ जसले मानसिक रोग र/वा पदार्थ उपयोग सेवाहरू प्राप्त गरेका छन् र जसले समान अनुभव भएका अन्यलाई खुला रूपमा समर्थन गर्छन्।

तपाईंले सर्वेक्षण फिर्ता गर्दा:

* सर्वेक्षण वा फिर्ता गर्ने खाममा आफ्नो नाम लेख्न नदिनुहोस्।
* पूरा गरिसकेपछि सर्वेक्षणलाई संलग्न गरिएको, स्टाम्प लगाएको खाममा फर्काउनुहोस्।

तपाईंसँग सर्वेक्षणका बारेमा कुनै प्रश्न छ भने, कृपया (name and phone number) मा सम्पर्क गर्न नहिच्किचाउनुहोस्। यो महत्वपूर्ण सर्वेक्षण पूरा गर्ने बारेमा सोच्नुभएकोमा धन्यवाद।

भवदीय,

(Agency name)