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

ເຖິງ ,

(Agency name) ຢາກຮູ້ວ່າທ່ານຄິດແນວໃດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈິດ ແລະ/ຫຼື ການບໍລິການການນຳໃຊ້ສານທີ່ມີປະສົບການໃນ (CCS/CST/CSC program name). ຖ້າທ່ານເຮັດສໍາເລັດການສໍາຫຼວດແບບປິດລ້ອມ, ດ້ວຍຄວາມສະຫມັກໃຈ, ທ່ານຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນປະໂຫຍດແກ່ຊຸມຊົນຂອງທ່ານເພື່ອປັບປຸງການເຂົ້າເຖິງການດູແລທີ່ມີຄຸນນະພາບ.

ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ທ່ານສະໜອງໃຫ້ຢູ່ໃນແບບສຳຫຼວດຄວາມພຶງພໍໃຈຂອງ Mental Health Statistical Improvement Program (ໂຄງການປັບປຸງສະຖິຕິສຸຂະພາບຈິດ) (MHSIP) ຈະເປັນຄວາມລັບ ແລະ ບໍ່ລະບຸຊື່. ພະນັກງານໂຄງການຈະບໍ່ເຫັນຄໍາຕອບຂອງທ່ານ ແລະ ການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງທ່ານໃນແບບສໍາຫຼວດນີ້ຈະບໍ່ມີຜົນກະທົບໂດຍກົງຕໍ່ປະສົບການຂອງລູກທ່ານໃນໂຄງການ.

ເມື່ອທ່ານເຮັດແບບສຳຫຼວດ:

* ຄິດກ່ຽວກັບປະສົບການຂອງທ່ານກັບ (CCS/CST/CSC program name) ໃນໄລຍະເວລາຫົກ (6) ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ. ຢ່າຄິດກ່ຽວກັບໂຄງການສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດອື່ນໆ.
* ຄຳວ່າ "***ພະນັກງານ***" ໝາຍເຖິງ (CCS/CST/CSC counselor/coordinator, case manager, etc.) ຂອງທ່ານ.
* ຄຳວ່າ "***ການບໍລິການ***" ໝາຍເຖິງ ການບໍລິການຈາກ (CCS/CST/CSC program name).

ເມື່ອທ່ານສົ່ງຄືນແບບສໍາຫຼວດ:

* ຢ່າເອົາຊື່ຂອງທ່ານໃສ່ໃນແບບສຳຫຼວດ ຫຼື ສົ່ງຄືນຊອງຈົດໝາຍ.
* ສົ່ງຄືນແບບສໍາຫຼວດທີ່ເຮັດສໍາເລັດໃນຊອງຈົດໝາຍທີ່ຂຽນດ້ວຍຕົນເອງ, ສະແຕມທີ່ສະໜອງໃຫ້.

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

ດ້ວຍຄວາມຮັກແພງ,