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

आदरणीय ,

(CCS/CST/CSC program name) मा अनुभव गरिएका मानसिक स्वास्थ्य र/वा लागूपदार्थको प्रयोग सेवाहरूका बारेमा तपाईं के सोच्नुहुन्छ भनेर (Agency name) जान्न चाहन्छ। तपाईंले संलग्न स्वैच्छिक सर्वेक्षण पूरा गर्नुभयो भने तपाईंले गुणस्तरीय स्याहारमा पहुँच सुधार गर्न आफ्नो समुदायलाई उपयोगी जानकारी प्रदान गर्नु हुने छ।

Mental Health Statistical Improvement Program (मानसिक स्वास्थ्य साङ्ख्यिकीय सुधार कार्यक्रम MHSIP) सन्तोषजनकता सर्वेक्षणमा तपाईंले प्रदान गर्ने सबै जानकारी गोप्य र अज्ञात रहने छ। कार्यक्रमका कर्मचारीहरूले तपाईंको प्रतिक्रियाहरू देख्ने छैनन् र यस सर्वेक्षणमा तपाईंको सहभागिताले कार्यक्रममा तपाईंको बच्चाको अनुभवलाई प्रत्यक्ष रूपमा असर गर्ने छैन।

सर्वेक्षण भरिदै गर्दा:

* विगत छ (6) महिनाको अवधिमा (CCS/CST/CSC program name) का साथ तपाईंको अनुभवका बारेमा सोच्नुहोस्। अन्य स्वास्थ्य र मानव सेवा कार्यक्रमहरूका बारेमा नसोच्नुहोस्।
* “***कर्मचारी***” शब्दले तपाईंको (CCS/CST/CSC coordinator, case manager, etc.) लाई जनाउँछ।
* “***सेवा***” शब्दले (CCS/CST/CSC program name) बाट सेवाहरूलाई जनाउँछ।

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,