

Korean

**Medicare Advantage and Prescription Drug Plan
(MA & PDP) CAHPS[®] Survey**

**2021 Prescription Drug Plan Survey
CATI Script**

THIS PAGE
INTENTIONALLY
LEFT BLANK

Medicare Advantage and Prescription Drug Plan (MA & PDP) CAHPS[®] Survey

2021 Prescription Drug Plan Survey CATI Script

<INTRO1-OUT IS FOR OUTBOUND CALLS. THE PURPOSE OF THE INTRO1-OUT SCREEN IS TO PROTECT THE PRIVACY OF THE SAMPLED MEMBER. THE INTERVIEWER DOES NOT PROVIDE DETAILS ABOUT THE SURVEY UNTIL HE/SHE IS SPEAKING WITH THE SAMPLED RESPONDENT. AT NO POINT DOES THE INTERVIEWER MENTION WHAT PRESCRIPTION DRUG PLAN THE SAMPLED RESPONDENT IS A MEMBER OF TO ANYONE OTHER THAN THE SAMPLED MEMBER. IN ADDITION, NO MESSAGES ARE TO BE LEFT ON AN ANSWERING MACHINE OR VOICE MAIL.>

[INTRO1-OUT]

안녕하세요, [SAMPLED BENEFICIARY'S NAME]님과 통화할 수 있을까요?

- 1 YES → [GO TO INTRO 2-OUT]
- 2 NO, NOT AVAILABLE RIGHT NOW → [SET CALLBACK]
- 3 NO [REFUSAL] → [GOTO TERMINATE SCREEN]

<MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE → [GO TO INTRO 3]

IF IT BECOMES CLEAR THAT THE BENEFICIARY CANNOT COMPLETE THE TELEPHONE INTERVIEW HIMSELF/HERSELF (FOR EXAMPLE, IF HE/SHE IS HARD OF HEARING, HAS A SPEECH IMPEDIMENT, OR IS TOO ILL OR FRAIL TO DO THE INTERVIEW), OR REQUIRES ASSISTANCE IN COMPLETING THE INTERVIEW, ONLY THE BENEFICIARY CAN GIVE PERMISSION FOR A PROXY TO COMPLETE THE SURVEY. [GO TO INTRO3]>

<IF ASKED WHO IS CALLING:>

<IF NOT SPEAKING TO THE RESPONDENT>

저는 [SURVEY VENDOR NAME]의 [INTERVIEWER NAME]입니다.
[BENEFICIARY'S NAME]님과 건강 서비스 조사에 관해 이야기를 나누고 싶습니다.

<IF SPEAKING TO THE RESPONDENT [GO TO INTRO2-OUT]>

<INTRO1-IN IS FOR INBOUND CALLS. AS WITH INTRO1-OUT, THE PURPOSE OF THE INTRO1-IN SCREEN IS TO PROTECT THE PRIVACY OF THE SAMPLED MEMBER. THE INTERVIEWER DOES NOT PROVIDE DETAILS ABOUT THE SURVEY UNTIL HE/SHE IS SPEAKING WITH THE SAMPLED RESPONDENT. AT NO POINT DOES THE INTERVIEWER MENTION WHAT PRESCRIPTION DRUG PLAN THE SAMPLED RESPONDENT IS A MEMBER OF TO ANYONE OTHER THAN THE SAMPLED MEMBER.>

[INTRO1-IN]

안녕하세요, [SAMPLED BENEFICIARY'S NAME]님 되십니까?

- 1 YES → [GO TO INTRO 2-IN]
- 2 NO, NOT AVAILABLE RIGHT NOW → [SET CALLBACK]
- 3 NO [REFUSAL] → [GO TO TERMINATE SCREEN]

[INTRO2-OUT]

안녕하세요, 저는 [PD PLAN NAME]와 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, 또는 CMS)를 대신하여 연락드리는 [INTERVIEWER NAME](이)라고 합니다. 귀하께서 받고 계시는 건강 서비스에 관한 설문조사에 참여를 요청하고자 전화 드렸습니다. 귀하의 성함은 귀하의 처방약 플랜 내 Medicare 등록자 중에서 CMS가 무작위로 선정하였습니다.

본 설문조사는 건강 및 처방약 플랜의 서비스 품질을 조사하려는 국가적 노력의 일부입니다. 이 조사 결과는 [PD PLAN NAME] 및 Medicare가 제공하는 서비스 개선에 도움이 될 것입니다. 인터뷰는 완벽하게 비밀이 보장되고 참여는 자발적이며, 귀하의 건강 서비스 또는 Medicare 혜택에 영향을 미치지 않습니다. 인터뷰는 10분 [OR VENDOR SPECIFY] 정도 걸립니다. 이 통화내용은 서비스 품질 향상 목적으로 모니터링 또는 녹음될 수 있습니다. <NOTE: THE NUMBER OF MINUTES WILL DEPEND ON WHETHER SUPPLEMENTAL QUESTIONS ARE INTEGRATED WITH MA & PDP CAHPS SURVEY SPECIFIC QUESTIONS.>

[INTRO2-IN]

제 이름은 [INTERVIEWER NAME]입니다. [PD PLAN NAME]와(과) Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, 또는 CMS)는 귀하께서 받는 건강 서비스에 관한 설문조사에 참여해주시기를 부탁드립니다. 귀하의 성함은 귀하의 처방약 플랜 내 Medicare 등록자 중에서 CMS가 무작위로 선정하였습니다.

본 설문조사는 건강 및 처방약 플랜의 서비스 품질을 조사하려는 국가적 노력의 일부입니다. 이 조사 결과는 [PD PLAN NAME] 및 Medicare가 제공하는 서비스 개선에 도움이 될 것입니다. 인터뷰는 완벽하게 비밀이 보장되고 참여는 자발적이며, 귀하의 건강 서비스 또는 Medicare 혜택에 영향을 미치지 않습니다. 인터뷰는 10분 [OR VENDOR SPECIFY] 정도 걸립니다. 이 통화내용은 서비스 품질 향상 목적으로 모니터링 또는 녹음될 수 있습니다. <NOTE: THE NUMBER OF MINUTES WILL DEPEND ON WHETHER SUPPLEMENTAL QUESTIONS ARE INTEGRATED WITH MA & PDP CAHPS SURVEY SPECIFIC QUESTIONS.>

<AFTER INTRO2-OUT and INTRO2-IN

[GO TO Q1] OR

(READ OPTIONAL QUESTION) OR

IF SPEAKING TO THE BENEFICIARY AND IT APPEARS THE BENEFICIARY MAY NEED HELP [GO TO INTRO3 – Request for Proxy]>

(OPTIONAL QUESTION)

현재 본 설문조사에 관하여 궁금하신 점이 있습니까?

- 1 YES → <REFER TO FAQs>
- 2 NO → [GO TO Q1]
- 3 NO, DOESN'T WANT TO PARTICIPATE [REFUSAL]
→ [GO TO TERMINATE SCREEN]

[INTRO3 – Request for Proxy]

이 전화 인터뷰를 진행하는 데 도움이 필요하거나 혼자서 인터뷰를 완료하기가 어렵다고 생각하신다면, 가족 또는 친구분이 돕거나 귀하를 대신하여 인터뷰를 진행하실 수 있습니다. 그분은 귀하를 매우 잘 아는 분이어야 하며, 귀하를 대신하여 건강 관련 질문에 정확히 답변하실 수 있어야 합니다. <THE INTERVIEWER MUST OBTAIN THE BENEFICIARY'S PERMISSION TO HAVE A PROXY RESPONDENT ASSIST HIM/HER IN THE CATI INTERVIEW. IF THE INTERVIEWER IS UNABLE TO SPEAK TO THE BENEFICIARY DIRECTLY IN ORDER TO OBTAIN PERMISSION AND IDENTIFY A PROXY RESPONDENT, DO NOT PROCEED WITH THE INTERVIEW.> [GO TO INTRO3 Q1]

[INTRO3 Q1]

인터뷰를 돕거나 귀하 대신 인터뷰를 해주실 분이 계십니까?

- 1 YES → [GO TO INTRO 3 Q2]
- 2 NO → <THANK THE RESPONDENT AND TERMINATE THE INTERVIEW>

[INTRO3 Q2]

귀하 대신 그분과 전화 인터뷰를 할 수 있도록 허가해 주시겠습니까?

- 1 YES → [GO TO INTRO 3 Q3] OR [GO TO PROXY_INTRO 1]
- 2 NO → <THANK THE RESPONDENT AND TERMINATE THE INTERVIEW>

[INTRO3 Q3]

지금 그분과 통화가 가능합니까?

- 1 YES → [GO TO PROXY_INTRO 1]
- 2 NO → <COLLECT NAME AND TELEPHONE NUMBER OF PROXY AND SET A CALLBACK, OR IF NO PROXY EXISTS, [GO TO Q_END]. IF BENEFICIARY RESIDES IN AN INSTITUTION CODE AS INSTITUTIONALIZED; OTHERWISE CODE AS MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE>

[PROXY_INTRO 1]

안녕하세요, 저는 [PD PLAN NAME]와 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, 또는 CMS)를 대신하여 전화드리는 [INTERVIEWER NAME](이)라고 합니다. Medicare 수혜자가 받는 건강 서비스에 관해 여쭙보려고 전화드렸습니다. CMS 는 [SAMPLED MEMBER NAME] 님의 처방약 플랜에 등록된 Medicare 수혜자 중에서 무작위로 [SAMPLED MEMBER NAME] 님을 선정하였는데, 그분은 귀하께서 그분 대신 설문조사에 답변하도록 허가하셨습니다.

[SAMPLED MEMBER NAME] 님은 자발적으로 설문조사에 참여하는 것이며, 참여 여부는 그분이 받으시는 건강 서비스 또는 혜택에 영향을 미치지 않습니다. 인터뷰는 10 분 [OR VENDOR SPECIFY] 정도 걸립니다. 이 통화내용은 서비스 품질 향상 목적으로 모니터링 또는 녹음될 수 있습니다. <NOTE: THE NUMBER OF MINUTES WILL DEPEND ON WHETHER SUPPLEMENTAL QUESTIONS ARE INTEGRATED WITH MA & PDP CAHPS SURVEY SPECIFIC QUESTIONS.>

[PROXY_INTRO 2]

설문조사에 답변하실 때, 그분을 대신하여 답변하는 것을 염두에 두고 그분의 처방약 플랜에 관한 경험을 참고하여 모든 질문에 대답해주십시오. 본인의 경험 또는 정보를 바탕으로 답변하지 마십시오.

[INTERVIEWER: → GO TO Q1]

CALL BACK TO RESUME A SURVEY

RESUME1

안녕하세요, [BENEFICIARY NAME] 님과 통화할 수 있을까요?

(IF NEEDED:) 저는 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, 또는 CMS)를 대신하여 [BENEFICIARY NAME] 님과 인터뷰를 하려고 전화드렸습니다.

- | | | |
|---|---------------|--------------------------|
| 1 | YES | [GO TO RESUME2] |
| 2 | NO, CALL BACK | [SET CALLBACK] |
| 3 | REFUSAL | [GO TO TERMINATE SCREEN] |

RESUME2

저는 [PD PLAN NAME]와(과) Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, 또는 CMS)를 대신하여 전화드리는 [INTERVIEWER NAME](이)라고 합니다. 제가 지금 [BENEFICIARY NAME] 님과 통화하는 게 맞습니까?

저는 귀하께서 받고 계시는 건강 서비스에 관한 인터뷰를 마저 완료하려고 전화드렸습니다. [RESUME SURVEY WHERE PREVIOUSLY LEFT OFF].

MONITOR

시작하기에 앞서 이 통화 내용은 서비스 품질 향상 목적으로 모니터링 또는 녹음될 수 있음을 알려 드립니다.

<START INTERVIEW>

Q1 저희 기록에 따르면 2020 년에 귀하의 처방약은 [PD PLAN NAME]라는 Medicare 처방약 플랜이 보장하였습니다.

맞습니까?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 예 [GO TO Q3]

2 아니요 [GO TO Q2]

98 <DON'T KNOW> [GO TO Q2]

99 <REFUSED> [GO TO Q2]

M [MISSING]

Q2 2020 년에 귀하께서 사용하신 Medicare 처방약 플랜의 이름은 무엇입니까?
나머지 설문조사를 해당 플랜에 따른 경험을 바탕으로 답변해 주십시오.

<ENTER PLAN NAME> _____

88 [NOT APPLICABLE]

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

[PROGRAMMING SPECIFICATIONS:

- IF Q2 IS ASSIGNED ANSWER “98 – DON'T KNOW” OR “99 – REFUSED” THE INTRO TEXT BEFORE Q3 SHOULD READ:

이제 지난 6 개월간 귀하께서 사용하신 처방약 플랜에 관하여 질문드리겠습니다.
2020 년에 등록하신 플랜과 귀하가 직접 대면, 전화 또는 영상 통화를 통해 의료 서비스를 받으셨을 때를 떠올리며 답변해 주십시오.

- FOR ALL OTHERS, INTRO TEXT BEFORE Q3 SHOULD READ:

이제 지난 6 개월간 귀하께서 사용하신 처방약 플랜과 귀하가 직접 대면, 전화 또는 영상 통화를 통해 의료 서비스를 받으셨을 때에 관하여 질문드리겠습니다.]

Q3 지난 6 개월간 의사 진료실, 약국 또는 귀하의 처방약 플랜에서 귀하께 연락하여

- a. 처방약을 조제 또는 재조제 받으셨는지 확인한 적이 있습니까?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 예

2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

(READ ONLY IF NECESSARY: 지난 6 개월간 의사 진료실, 약국 또는 귀하의 처방약 플랜에서 귀하께 연락하여)

b. 지시대로 약을 복용하고 계신지 확인한 적이 있습니까?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q4 지난 6 개월간 의사가 처방한 의약품을 처방약 플랜을 사용하여 쉽게 구매하신 적이 얼마나 자주 있었습니까? 다음 중 하나를 선택해 주십시오.

- 1 전혀 없음,
- 2 가끔,
- 3 대개,
- 4 항상,
- 5 지난 6 개월간 처방약 플랜을 사용하여 의품을 구매 한 적이 없음

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q5 지난 6 개월간 지역 약국에서 처방약 플랜을 사용하여 약을 조제 받으신 적이 있습니까?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요 [GO TO Q7]

98 <DON'T KNOW> [GO TO Q7]

99 <REFUSED> [GO TO Q7]

M [MISSING]

Q6 지난 6 개월간 지역 약국에서 처방약 플랜을 사용하여 약을 쉽게 조제 받으신 적이 얼마나 자주 있었습니까? 다음 중 하나를 선택해 주십시오.

- 1 전혀 없음,
- 2 가끔,
- 3 대개,
- 4 항상

88 [NOT APPLICABLE]

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q7 지난 6 개월간 처방약 플랜을 사용하여 처방약을 우편으로 받으신 적이 있습니까?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요 [GO TO Q9]
- 3 내 처방약 플랜이 우편 처방약을 보장하는지 모름
[GO TO Q9]

98 <DON'T KNOW> [GO TO Q9]

99 <REFUSED> [GO TO Q9]

M [MISSING]

Q8 지난 6 개월간 처방약 플랜을 사용하여 우편 처방약을 쉽게 조제 받으신 적이 얼마나 자주 있었습니까? 다음 중 하나를 선택해 주십시오.

- 1 전혀 없음,
- 2 가끔,
- 3 대개,
- 4 항상

88 [NOT APPLICABLE]

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q9 숫자 0 에서 10 중 최악의 처방약 플랜이 0, 최고의 처방약 플랜이 10 이라면, 귀하의 처방약 플랜에 몇 점을 주시겠습니까?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

0 - 최악의 처방약 플랜

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

10 - 최고의 처방약 플랜

- 98 <DON'T KNOW>
- 99 <REFUSED>
- M [MISSING]

이제 귀하에 관하여 질문드리겠습니다.

Q10 대체적으로 귀하의 전반적 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까? 다음 중 하나를 선택해 주십시오.

- 1 최상임,
- 2 매우 좋음,
- 3 좋음,
- 4 보통임,
- 5 나쁨

- 98 <DON'T KNOW>
- 99 <REFUSED>
- M [MISSING]

Q11 대체적으로 귀하의 전반적 정신적 또는 정서적 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까? 다음 중 하나를 선택해 주십시오.

- 1 최상임,
- 2 매우 좋음,
- 3 좋음,
- 4 보통임,
- 5 나쁨

- 98 <DON'T KNOW>
- 99 <REFUSED>
- M [MISSING]

Q12 지난 6 개월간 하루 이상 병원에 입원하신 적이 있습니까?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q13 지난 6 개월간 약품 가격 때문에 처방약 조제를 연기하거나 조제를 받지 않으신 적이 있습니까?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요
- 3 지난 6 개월간 의사에게 약을 처방받은 적이 없음

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q14 지난 6 개월간 요청하지 않은 약품을 우편으로 받으신 적이 있습니까?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요
- 3 모름

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q15 의사가 다음과 같은 건강 상태라고 진단한 적이 있습니까?

a. 심장마비

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

(READ ONLY IF NECESSARY: 의사가 다음과 같은 건강 상태라고 진단한 적이 있습니까?)

b. 협심증 또는 관상 동맥성 심장질환

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

(READ ONLY IF NECESSARY: 의사가 다음과 같은 건강 상태라고 진단한 적이 있습니까?)

c. 고혈압

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

(READ ONLY IF NECESSARY: 의사가 다음과 같은 건강 상태라고 진단한 적이 있습니까?)

d. 피부암을 제외한 암

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

(READ ONLY IF NECESSARY: 의사가 다음과 같은 건강 상태라고 진단한 적이 있습니까?)

e. 폐기종, 천식, COPD(만성 폐색성 폐질환)

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

(READ ONLY IF NECESSARY: 의사가 다음과 같은 건강 상태라고 진단한 적이 있습니까?)

f. 모든 당뇨병 유형, 고혈당

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q16 걷거나 계단을 오르는 데 심각한 어려움이 있으십니까?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q17 옷을 입거나 목욕을 하는 데 어려움이 있으십니까?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q18 신체적, 정신적, 정서적 증세 때문에 의사 방문이나 쇼핑 등 일상적인 활동을 하는 데 어려움을 겪고 있으십니까?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q19 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까?

- 1 중졸 이하,
- 2 고교 중퇴,
- 3 고졸 또는 검정고시(GED),
- 4 대학 중퇴 또는 2년제 대학 학위,
- 5 대졸,
- 6 대학원 이상

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q20 히스패닉 또는 라티노이십니까?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예, 히스패닉 또는 라티노임
- 2 아니요, 히스패닉 또는 라티노가 아님

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

Q21 다음 중 귀하의 인종을 나타내는 범주가 있으면 말씀해 주십시오. 저는 다섯 가지 범주를 모두 읽어드려야 합니다. 각 범주에 '예' 또는 '아니요'로 답변해주십시오. 귀하는...

<PLEASE NOTE THAT RESPONDENTS MAY CHOOSE MORE THAN ONE RACE>

a. 백인입니까?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

b. 귀하는 흑인 또는 아프리카계 미국인입니까?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

c. 귀하는 아시아인입니까?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

d. 귀하는 하와이 원주민 또는 기타 태평양 제도인입니까?

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>

99 <REFUSED>

M [MISSING]

e. 귀하는 미국 원주민 또는 알래스카 원주민입니까?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

Q22 현재 귀하를 포함하여 몇 명이 함께 살고 계십니까? 다음 중 하나를 선택해 주십시오.

- 1 1 명
- 2 2~3 명
- 3 4 명 이상

98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

Q23 가정에서 인터넷을 사용하십니까?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

Q24 Medicare 프로그램이 귀하가 받으신 진료에 관하여 자세히 알아보거나 진료 관련 주제에 대한 그룹 토론이나 인터뷰에 귀하를 초대하기 위해 나중에 연락을 드려도 될까요?
(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

- 1 예
- 2 아니요

98 <DON'T KNOW>
99 <REFUSED>
M [MISSING]

<THIS QUESTION TO BE COMPLETED BY THE INTERVIEWER>
Q25 <DID SOMEONE HELP THE BENEFICIARY COMPLETE THE SURVEY?>

- 1 YES
- 2 NO [GO TO END]

98 <DON'T KNOW>
M [MISSING]

<THIS QUESTION TO BE COMPLETED BY THE INTERVIEWER. PLEASE MARK ONE OR MORE.>

[PROGRAMMING SPECIFICATIONS: THE CATI SYSTEM SHOULD BE PROGRAMMED TO ALLOW THE INTERVIEWER TO SELECT MULTIPLE RESPONSES.]

Q26 <HOW DID THAT PERSON HELP THE BENEFICIARY COMPLETE THE SURVEY?>

<READ THE QUESTIONS TO THE BENEFICIARY>

- 1 YES
- 2 NO

- 88 [NOT APPLICABLE]
- 98 <DON'T KNOW>
- M [MISSING]

<RELAYED THE ANSWERS THE BENEFICIARY GAVE TO THE INTERVIEWER>

- 1 YES
- 2 NO

- 88 [NOT APPLICABLE]
- 98 <DON'T KNOW>
- M [MISSING]

<ANSWERED THE QUESTIONS FOR THE BENEFICIARY>

- 1 YES
- 2 NO

- 88 [NOT APPLICABLE]
- 98 <DON'T KNOW>
- M [MISSING]

<TRANSLATED THE QUESTIONS INTO THE BENEFICIARY'S LANGUAGE>

- 1 YES
- 2 NO

- 88 [NOT APPLICABLE]
- 98 <DON'T KNOW>
- M [MISSING]

<HELPED IN SOME OTHER WAY>

- 1 YES
- 2 NO

- 88 [NOT APPLICABLE]
- 98 <DON'T KNOW>
- M [MISSING]

[END] 이상으로 질문을 다 마쳤습니다. 중요한 인터뷰에 참여해주셔서 감사합니다.