

Korean

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

**2019 Prescription Drug Plan Survey
CATI Script**

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

2019 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 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 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 CMS 가 무작위로 선정하였습니다.

본 설문조사는 건강 및 처방약 플랜의 서비스 품질을 조사하려는 국가적 노력의 일부입니다. 이 조사 결과는 [PD PLAN NAME] 및 Medicare 가 제공하는 서비스 개선에 도움이 될 것입니다. 인터뷰는 완벽하게 비밀이 보장되고 참여는 자발적이며, 귀하의 건강 서비스 또는 Medicare 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.>

[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 CMS 가 무작위로 선정하였습니다.

본 설문조사는 건강 및 처방약 플랜의 서비스 품질을 조사하려는 국가적 노력의 일부입니다. 이 조사 결과는 [PD PLAN NAME] 및 Medicare 가 제공하는 서비스 개선에 도움이 될 것입니다. 인터뷰는 완벽하게 비밀이 보장되고 참여는 자발적이며, 귀하의 건강 서비스 또는 Medicare 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.>

<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] AND 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. CMS는 [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, CALLBACK | [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 2018 년에 귀하의 처방약은 [Insert Plan Name Here]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 2018 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. 2018 년에 등록 중이셨던 플랜을 떠올리며 답변해 주십시오.
- FOR ALL OTHERS, INTRO TEXT BEFORE Q3 SHOULD READ: 이제 지난 6 개월간 귀하께서 사용하신 처방약 플랜에 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 의약품을 구매한 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 6개월간 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 6개월간 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 6개월간 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 프로그램은 Medicare 수혜자가 받는 진료 또는 건강 서비스를 자세히
알아보고자 합니다. 귀하께서 받으신 건강 서비스에 대해 여쭙고자 Medicare 에서 다시
연락을 드려도 됩니까?

(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.