Washington State Department of Social & Health Services
DDD Division of Developmental Disabilities

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

# ຫລັກຖານຂອງການບໍລິການ/ບັນທຶກຂອງການມາເຮັດວຽກ

## Service Verification/ Attendance Record

| ຊື່ຂອງລູກຄ້າ | ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ | ຊື່ຂອງຜູ້ຈັດການຊ່ວຍເຫລືອເວລາສານ | ເດືອນບໍລິການ ປີ |
|---|---|---|---|

ຊະນິດຂອງໂຄງການ: ☐ ການເບິ່ງແຍງສ່ວນຕົວ ☐ ການເບິ່ງແຍງລໍຖ້າຊຳຊາ ☐ ການເບິ່ງແຍງຢູ່ນຳ ☐ ການອາສັຍຢູ່ແບບອື່ນ

| | ວັນທີຂອງເດືອນ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ |
| ກ | ເວລາທີ່ການບໍລິການ ໄດ້ເລີ້ມຕົ້ນ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ຂ | ເວລາທີ່ການບໍລິການ ໄດ້ຈົບລົງ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ຄ | ຊົ່ວໂມງທັງຫມົດ ໃນແຕ່ລະວັນ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ງ | ຣະຍະທາງຂອງ ຜູ້ບໍລິການ | | | | | | | | | | | | | | | |

| | ວັນທີຂອງເດືອນ | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | ປະຈຳເດືອນ ທັງຫມົດ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | ຊົ່ວໂມງ ແລະ | |
| ກ | ເວລາທີ່ການບໍລິການ ໄດ້ເລີ້ມຕົ້ນ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ຂ | ເວລາທີ່ການບໍລິການ ໄດ້ຈົບລົງ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ຄ | ຊົ່ວໂມງທັງຫມົດ ໃນແຕ່ລະວັນ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ງ | ຣະຍະທາງຂອງ ຜູ້ບໍລິການ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**(ສຳລັບການໃຊ້ໂດຍຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວເທົ່ານັ້ນ)** ຫມາຍໃສ່ພາລະຫນ້າທີ່ຊຶ່ງໄດ້ຖືກເຮັດໃນຣະຫວ່າງເດືອນ.ພາລະຫນ້າທີ່ເຫລົ່ານີ້ຕ້ອງໄດ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ແກ່ທ່ານຢູ່ໃນແຜນການອູ້ມຊູຊ່ວຍເຫລືອຂອງລູກຄ້າ.

- ☐ ການຈັດແຈງຄາບເຂົ້າ*
- ☐ ການກິນເຂົ້າ
- ☐ ການນຳພາໄປຫາທ່ານຫມໍ*
- ☐ ການອົນສິ່ງໄປຫາທ່ານຫມໍ*
- ☐ ການນຸ່ງເຄື່ອງ
- ☐ ການອະນາໄມສ່ວນຕົວ
- ☐ ການຍົນລົງ/ຕັ້ງທ່າຢູ່ຕຽງ
- ☐ ການຍ່າງ/ການເຄື່ອນໄຫວໄປມາ
- ☐ ການຍ້າຍໄປມາ
- ☐ ການທາຢາໂລຊັນ/ນ້ຳມັນທາ
- ☐ ການອາບນ້ຳ
- ☐ ການໃຊ້ສ້ວມຖ່າຍ
- ☐ ການຕັດເລັບຕີນ
- ☐ ວຽກບ້ານ*
- ☐ ກອງຝຶນ
- ☐ ການປ່ຽນຜ້າພັນບາດແຜ້ງ
- ☐ ການອອກຕລາດທີ່ຈຳເປັນ*
- ☐ ການຄວບຄຸມນຳການໃຊ້ຢາ*
- ☐ ການປິ່ນປົວຣະຍະການເຫນັງຕຶງໄປມາ

*ສຳລັບລູກຄ້າຜູ້ໃຫຍ່ໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ.

| ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ/ພໍແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ | ວັນທີ | ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ | ວັນທີ |
|---|---|---|---|

**ຄຳແນະນຳ:**

ກ. **ຂຽນເວລາທີ່ການບໍລິການໄດ້ເລີ້ມຕົ້ນ** - ຊີ້ບອກว່າ ຊົ່ວໂມງ ຫລື ແລະ ຕາມທີ່ເຫມາະສົມ.

ຂ. **ຂຽນເວລາທີ່ການບໍລິການໄດ້ຈົບລົງ** - ຊີ້ບອກว່າ ຊົ່ວໂມງ ຫລື ແລະ ຕາມທີ່ເຫມາະສົມ.

ຄ. ຣະຍະທາງຂອງຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລ:ຂຽນຈຳນວນໄມລ້ທີ່ໄດ້ເດີນທາງສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງການໃຫ້ການບໍລິການເມື່ອຖືກອະນຸມັດໂດຍອີງຕາມ SSPSແລະຕາມທີ່ຖືກຈົດໄວ້ຢູ່ໃນແຜນການອູ້ມຊູລູກຄ້າ.

ງ. ເກັບຮັກສາໃບຟອມຫລັກຖານທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວຢູ່ໃນສຳນວນບັນທຶກຂອງທ່ານເປັນເວລາຫົກ (6) ປີ.ໃບໄຫປີອາດຈະຖືກຮ້ອງຂໍເອົາໄດ້ໂດຍຜແນກ DDD/DSHS ໄດ້ໃນທຸກໆເວລາ.

ໃບຟອມໃບນີ້ມີໄວ້ໃຫ້ຢູ່ໃນອິນເຕີແນດແວບໄຊທ້ຂອງຟອມຂອງກົມ DSHS ໄດ້ທີ່:
http://www.wa.gov/dshs/dshsforms/forms/eforms.html