DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

រដ្ឋបាលពិការភាពផ្នែកលូតលាស់
(Development Disabilities Administration, DDA)

ផែនការចូលរួមរបស់កុមារ និងគ្រួសារ
Child and Family Engagement Plan

	កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាននៃផែនការ ☐ ការប ☐ ន្តថ្មី
	កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់
ឈ្មោះស្របច្បាប់របស់កុមារ/យុវជន	លេខសម្គាល់ ADSA (Aging & Disability Services Administration, រដ្ឋបាលសេវាកម្មមនុស្សចាស់ និងជនពិការ)
លំនៅឋានរបស់កុមារ / យុវជន ទីក្រុង	រដ្ឋ ហ្ស៊ីបកូដ

	ឈ្មោះ	លេខទូរសព្ទ (ផ្ទះ, កន្លែងធ្វើការ, ទូរសព្ទដៃ)
មាតាបិតា / អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់		
មាតាបិតា / អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់		
អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ		
ទំនាក់ទំនងសង្គ្រោះបន្ទាន់		
វេជ្ជបណ្ឌិត		
ពេទ្យធ្មេញ		
គ្រពេទ្យឯកទេស		
ឈ្មោះទំនាក់ទំនង IEP (Individualized Education Program,កម្មវិធីអប់រំលក្ខណៈបុគ្គល) / ផែនការ 504 របស់សាលា		
អ្នកទទួលប្រាក់តំណាង		
អ្នកផ្សេងទៀតសំខាន់ៗ (ក្រុមគ្រួសារ, មិត្តភក្តិ និងអ្នកជិតខាង)	**ទំនាក់ទំនងជាមួយកុមារ**	**លេខទូរសព្ទ (ផ្ទះ, កន្លែងធ្វើការ, ទូរសព្ទដៃ)**

ភ្នាក់ងារសហគមន៍ និងការគាំទ្រជាផ្លូវការ (ឧ. WISE [Wraparound with Intensive Services is: សេវាកម្មគាំទ្របែបព័ទ្ធជុំវិញជាមួយសេវាខ្ពស់ខ្លាំង],អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង / ឬ ABA (Applied Behavior Analysis, អ្នកផ្តល់សេវាការវិភាគអាកប្បកិរិយាអនុវត្ត)

ភ្នាក់ងារសហគមន៍ក្រៅផ្លូវការ (ឧ. ព្រះវិហារ / YMCA (Young Men's Christian Association, សមាគមគ្រីស្តបុរសវ័យក្មេង), មជ្ឈមណ្ឌលកម្សាន្ត)

សាលារៀន៖ តើកាលវិភាគសាលាធម្មតាជាអ្វី, អ្នកណាជាអ្នកទំនាក់ទំនងចម្បងសម្រាប់សាលា និងអ្នកទំនាក់ទំនង IEP/504)
តើមានផ្នែកថែទាំកូនរបស់អ្នកដែលអ្នកចង់ឃើញការផ្តោតយកចិត្តទុកដាក់លើដែរទេ? តើរឿងនេះទាក់ទងនឹងគោលដៅ / ចក្ខុវិស័យនាពេលអនាគតរបស់កូនអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច?
តើចក្ខុវិស័យរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលបីខែដំបូង, ប្រាំមួយខែ និងមួយឆ្នាំដំបូងគឺជាអ្វី?
ផែនការថែទាំ (ទម្លាប់ប្រចាំថ្ងៃ, កាលវិភាគពេលយប់, ចំណូលចិត្តថែទាំ)
ផែនការចូលប្រើបច្ចេកវិទ្យា
ប្រសិនបើមាន តើមានបច្ចេកវិទ្យាអ្វីខ្លះដែលអតិថិជនអាចចូលប្រើបាននាពេលបច្ចុប្បន្ន? សូមបញ្ជូលកម្មវិធីណាមួយដែលពួកគេប្រើ រួមទាំងកាមេរ៉ា / វីដេអូ។
តើកូនរបស់អ្នកនឹងយកបច្ចេកវិទ្យាណាមួយមកជាមួយនៅពេលពួកគេប្តូរទៅប្រើប្រាស់ OHS (Out of Home Services, សេវាកម្មក្រៅផ្ទះ) ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ / ចាស សូមកំណត់អត្តសញ្ញាណបច្ចេកវិទ្យា រួមទាំងកម្មវិធី, ហ្គេម។ល។ ប្រសិនបើយុវជនរបស់អ្នកអាចចូលប្រើទូរសព្ទដៃបាន សូមបញ្ជូលលេខទូរសព្ទ។
តើយុវជនរបស់អ្នកនឹងអាចចូលប្រើបច្ចេកវិទ្យានៅពេលណា (ឧ. បន្ទាប់ពីធ្វើកិច្ចការផ្ទះរួចរាល់ រហូតដល់ម៉ោង 8 យប់?)
តើយុវជននឹងត្រូវបានគាំទ្រឱ្យទំនាក់ទំនងជាមួយមិត្តភក្តិនៅខាងក្រៅសាលារៀនដោយរបៀបណា?
ប្រសិនបើទំនាក់ទំនងត្រូវការការយល់ព្រមពីតំណាងស្របច្បាប់របស់អតិថិជន តើការងារនេះនឹងត្រូវបានសម្រេចដោយរបៀបណា?

តើអតិថិជនត្រូវការការមើលខុសត្រូវកម្រិតណានាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ នៅពេលចូលរួមជាមួយបច្ចេកវិទ្យា (ឧ. ចម្ងាយមើលឃើញ, ភាពជិតកន្លែង ការត្រួតពិនិត្យឧបករណ៍ប្រចាំថ្ងៃ)?
តើមានការរឹតបន្តឹងលើការប្រើប្រាស់បច្ចេកវិទ្យាដែរឬទេ (ឧ. ប្រភេទហ្គេមវីដេអូ, ការចូលប្រើគេហទំព័រ)? ☐ បាទ/ចាស៎ ☐ ទេ ប្រសិនបើមានការរឹតបន្តឹង សូមកូសបញ្ជាក់ពីអ្វីដែលជាការរឹតបន្តឹង និងបច្ចេកវិទ្យាអ្វីដែលវាកំពុងត្រូវបានអនុវត្ត។ រួមទាំងពេលណា, កន្លែងណា និងរបៀបដែលការរឹតបន្តឹងត្រូវអនុវត្ត។ សូមមេត្តាជ្រាបថា រាល់ការរឹតបន្តឹងទាំងអស់ត្រូវតែចុះជាឯកសារទុកក្នុងផ្នាំងអេក្រង់កែប្រែ នៅក្នុងប្រព័ន្ធ CARE និងត្រូវដោះស្រាយនៅក្នុង PBSP (Positive Behaviour Support Plan, ផែនការគាំទ្រអាកប្បកិរិយាវិជ្ជមាន)។
តើការរឹតបន្តឹងទាំងនោះស្រដៀងគ្នារវាងផ្ទះ និងសហគមន៍ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស៎ ☐ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយទេ សូមកូសបញ្ជាក់ពីភាពខុសគ្នារវាងការកំណត់ទាំងពីរ។
សូមកំណត់អត្តសញ្ញាណកង្វល់ដែលរំខានដល់ការប្រើប្រាស់បច្ចេកវិទ្យាដោយជោគជ័យ និងភ្នានការរឹតត្បិត?
តើផែនការអ្វីប្រសិនបើអតិថិជនមិនអនុវត្តតាមការរំពឹងទុកបច្ចេកវិទ្យា?
តើអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវា OHS នឹងគាំទ្រកូនរបស់អ្នកឱ្យចូលប្រើការអប់រំអ៊ីនធឺណិត / បច្ចេកវិទ្យាប្រភេទណា?
ប្រសិនបើមានការរឹតត្បិត តើការរឹតត្បិតបច្ចេកវិទ្យារបស់កូនអ្នកអាចត្រូវបានបញ្ចប់ដោយរបៀបណា?
សូមកូសបញ្ជាក់ពីគោលដៅបច្ចេកវិទ្យាដែលចង់បាន
តំណាងផ្លូវច្បាប់របស់☐ អតិថិជន ☐ បានទទួលច្បាប់ចម្លងនៃគោលការណ៍ប្រើប្រាស់បច្ចេកវិទ្យារបស់កម្មវិធី
ការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ការកំណត់ពេល, ការដឹកជញ្ជូន, ការជ្រោស្រ័យទាក់ទង)
ទម្រង់យល់ព្រមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានចុះហត្ថលេខាហើយឬនៅ? ☐ បាទ/ចាស៎ ☐ ទេ

ការធ្វើផែនការហិរញ្ញវត្ថុ*
តើអ្នកផ្តល់សេវាជួយគ្រប់គ្រងផ្នែកណាមួយនៃថវិការបស់អតិថិជនដែរឬទេ?☐ បាទ/ចាស៎ ☐ ទេ តើអតិថិជនត្រូវការការគាំទ្រដើម្បីទទួលបានជំនាញគ្រប់គ្រងប្រាក់ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស៎ ☐ ទេ
*មាតាបិតានៅតែទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយប្រចាំថ្ងៃរបស់កុមារ ពោលគឺសម្លៀកបំពាក់ សម្ភារៈសិក្សា។ល។
តើអ្នកតំណាងទទួលប្រាក់ត្រូវបានជ្រើសរើស (តែម្តងប៉ុណ្ណោះ)៖ ☐ បាទ/ចាស៎ ☐ ទេ បើឆ្លើយទេ សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទដែលភារកិច្ចនេះនឹងត្រូវបានបញ្ចប់៖ ពាក្យសុំប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (Supplemental Security Income, SSI) ត្រូវបានដាក់ជូន? (តែម្តងប៉ុណ្ណោះ) ☐ បាទ/ចាស៎ ☐ ទេ បើឆ្លើយបាទ / ចាស កាលបរិច្ឆេទដាក់ជូន៖ បើឆ្លើយទេ សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទដែលភារកិច្ចនេះនឹងត្រូវបានបញ្ចប់៖ អាណាព្យាបាលភាព កាលបរិច្ឆេទ៖ ដល់
ការពិចារណា / ឱកាសវប្បធម៌
តើយុវជន និង / ឬក្រុមគ្រួសារមានការពិចារណាវប្បធម៌សំខាន់ៗ ឬចំណង់ចំណូលចិត្តខាងវិញ្ញាណ (ថ្ងៃឈប់សម្រាក, ថ្ងៃកំណើត, ឱកាសវប្បធម៌ / ខាងវិញ្ញាណផ្សេងទៀត) ដែលគួរតែត្រូវបានគាំទ្រដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់ពួកគេដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស៎ ☐ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ / ចាស សូមពណ៌នា៖
ថ្ងៃកំណើត៖ តើយុវជន និង / ឬក្រុមគ្រួសារប្រារព្ធខួបកំណើតយ៉ាងដូចម្តេច?
ថ្ងៃឈប់សម្រាក៖ តើថ្ងៃឈប់សម្រាកអ្វីខ្លះដែលមានសារៈសំខាន់ចំពោះយុវជន និង / ឬក្រុមគ្រួសារ?
វិស្សមកាលរដូវក្តៅ៖ តើយុវជនជាធម្មតាចូលរួមកម្មវិធីរដូវក្តៅ ឬសកម្មភាពរដូវក្តៅផ្សេងទៀតដែរឬទេ?
ផែនការវិស្សមកាល៖
ផ្សេងទៀត៖

ផែនការចូលរួមគ្រួសារ	
តើគ្រួសារនឹងរក្សាការចូលរួមក្នុងជីវិតយុវជនរបស់ពួកគេដោយរបៀបណា?	
តើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានវិញ្ញាបនបត្រត្រូវផ្តល់ជំនួយជាមួយនឹងផែនការទៅលេងគ្រួសារដែរឬទេ?	
ខ្ញុំ នឹងទៅលេងកូនរបស់ខ្ញុំ ដង/ខែ នៅក្នុងបរិបទដូចខាងក្រោម៖ មណ្ឌល OHS, សហគមន៍ ឬនៅក្នុងផ្ទះគ្រួសារ។	
ក្នុងនាមជាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលរបស់កូនខ្ញុំ ខ្ញុំយល់ព្រមតាមលក្ខខណ្ឌដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ហើយនឹងជូនដំណឹងដល់ក្រូពេទ្យឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាសង្គម DDA របស់កូនខ្ញុំ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរកើតឡើង។ ទម្រង់បែបបទនេះអាចត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងកែសម្រួលតាមតម្រូវការ។	
ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានវិញ្ញាបនបត្រ	កាលបរិច្ឆេទ

ការណែនាំអំពីផែនការចូលរួមរបស់គ្រួសារ

ទម្រង់បែបបទនេះគួរតែត្រូវបានបំពេញក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីចូលទៅក្នុងសេវាកម្មក្រៅផ្ទះ។ មាតាបិតា បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់ផ្នែក DDD (Division of Developmental Disabilities, ពិការភាពលូតលាស់) និងភ្នាក់ងារទីលំនៅ / ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមដែលមានបុគ្គលិកទាំងអស់គួរតែចូលរួមកិច្ចប្រជុំផែនការចូលរួមរបស់គ្រួសារ។
ឪពុកម្តាយគួរតែត្រូវបានផ្តល់ជូននូវទម្រង់បែបបទនេះមុនពេលកុមារផ្លាស់ទៅកន្លែងស្នាក់នៅ។

<u>កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាននៃផែនការ</u>៖
កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាននៃផែនការគឺជាកាលបរិច្ឆេទដែលទម្រង់បែបបទត្រូវបានចុះហត្ថលេខា។
ទម្រង់បែបបទគួរតែត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញក្នុងអំឡុងពេលនៃការវាយតម្លៃប្រចាំឆ្នាំ
ក៏ដូចជាធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពតាមតម្រូវការក្នុងអំឡុងពេលទៅជួប 90 ថ្ងៃ។

<u>លេខសម្គាល់ ADSA</u>៖ លេខដែលប្រព័ន្ធបង្កើតនៅពេលដែលកំណត់ត្រាអតិថិជនត្រូវបានបង្កើតឡើង។

<u>កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់</u>៖ 364 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលផែនការមានប្រសិទ្ធភាព។

<u>លំនៅឋានរបស់កុមារ/យុវជន</u>៖ ទីតាំងនៃលំនៅឋានដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ ឬមានការបញ្ជាក់។

<u>វេជ្ជបណ្ឌិត / ពេទ្យជ្នេញ</u>៖ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតបច្ចុប្បន្ន (ក្រៅពេទ្យថែទាំបឋម) និងពេទ្យជ្នេញ។

<u>សាលារៀន</u>៖ ឈ្មោះ និងលេខសាលាដែលមានលំនៅឋានដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ ឬមានការបញ្ជាក់របស់កុមារស្ថិតនៅ។

<u>អ្នកផ្សេងទៀតសំខាន់ៗ</u>៖ មនុស្សទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងជីវិតរបស់កុមារ / យុវជន
ដែលមានការយល់ព្រមពីមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលក្នុងការទាក់ទង ឬទៅជួបកុមារ។

<u>ភ្នាក់ងារសហគមន៍ និងការគាំទ្រជាផ្លូវការ</u>៖ គួសបញ្ជាក់ពីផែនការសម្រាប់ផ្តល់ការគាំទ្រទាំងនេះ
និងរបៀបដែលវានឹងកើតឡើង (ឧ. មាតាបិតានឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបន្តគូប៉ុងវេជ្ជសាស្ត្រជារៀងរាល់ឆ្នាំ)។

<u>ភ្នាក់ងារសហគមន៍ក្រៅផ្លូវការ</u>៖ គួសបញ្ជាក់ពីផែនការសម្រាប់ផ្តល់ការគាំទ្រទាំងនេះ និងរបៀបដែលវានឹងកើតឡើង (ឧ. ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមនឹងដឹកជញ្ជូនកុមារទៅ YMCA រៀងរាល់ល្ងាចថ្ងៃអង្គារចាប់ពីម៉ោង 6-8 យប់)។

<u>សាលារៀន</u>៖ គួសបញ្ជាក់ពីអ្នកណានឹងសម្របសម្រួលសេវាកម្មសាលារៀន របៀបដែលឪពុកម្តាយនឹងចូលរួម
ការចូលរួមកិច្ចប្រជុំ IEP កម្មវិធីក្រោយម៉ោងសិក្សា, សម្មភាពក្រៅម៉ោងសិក្សាជាដើម។
សូមរួមបញ្ចូលព័ត៌មានទាក់ទងនឹងកាលវិភាគសាលាជម្មតាផងដែរ។
ប្រសិនបើកុមារមិនទាន់បានចុះឈ្មោះចូលរៀននៅក្នុងមណ្ឌលសិក្សាធិការដែលកុមារកំពុងទទួលបានសេវាកម្មក្រៅផ្ទះនោះទេ សូមរួមបញ្ចូលព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់សាលាបច្ចុប្បន្នរបស់កុមារ និងរបៀបដែលការផ្ទេរឯកសារនឹងកើតឡើង (ប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន)។

<u>ផ្នែកនៃការផ្តោតអារម្មណ៍ និងគោលដៅអនាគត</u>៖ នេះគឺជាឱកាសសម្រាប់កុមារ
និងក្រុមគ្រួសារដើម្បីពិភាក្សាអំពីគោលដៅលំនឹងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា និងកន្លែងដែលពួកគេចង់ផ្តោតលើការគាំទ្រ។

<u>ចក្ខុវិស័យសម្រាប់រយៈពេលបីខែដំបូង, ប្រាំមួយខែ និងមួយឆ្នាំដំបូង</u>៖ ការរំពឹងទុកជុំវិញអ្វីដែលគ្រួសារ
និងយុវជនសង្ឃឹមថានឹងទទួលបាន ខណៈពេលដែលនៅក្នុងបរិបទសេវាកម្មក្រៅផ្ទះ។ សូមរួមបញ្ចូលគោលដៅ, ក្តីសុបិន
និងបំណងប្រាថ្នាដែលគ្រួសារមានសម្រាប់កូនរបស់ពួកគេ ឬអ្វីដែលកុមារអាចចង់សម្រេចបាន។

<u>ផែនការថែទាំ</u>៖ សូមរួមបញ្ចូលព័ត៌មានដូចជាចំណង់ចំណូលចិត្តសម្លៀកបំពាក់, ទម្លាប់ថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន, ទម្លាប់ថែរក្សាក្រចក
និងសក់, ចំណង់ចំណូលចិត្តរបប្បធម៌, ទម្លាប់ចូលគេងជាដើម។

<u>ការណាត់ជួបពិនិត្យសុខភាព</u>៖ គួសបញ្ជាក់ពីអ្នកណាដែលនឹងចូលរួម, ដឹកជញ្ជូន, ធ្វើការជ្រាស្រ័យទាក់ទង
និងកំណត់ផែនការចូលរួមរបស់គ្រួសារទាក់ទងនឹងការណាត់ជួបពិនិត្យសុខភាព។

<u>ផែនការហិរញ្ញវត្ថុ</u>៖ គួសបញ្ជាក់ពីរបៀបដែលតម្រូវការហិរញ្ញវត្ថុរបស់កុមារ/យុវជននឹងត្រូវបានបំពេញ។
ចង្អុលបង្ហាញថាអ្នកណានឹងបម្រើការជាអ្នកទទួលប្រាក់តំណាង។ ពិពណ៌នាអំពីការសម្រេចចិត្ត
និងផែនការរបស់មាតាបិតាអំពីហិរញ្ញវត្ថុរបស់កុមារ/យុវជន ពោលគឺការបង្កើតគណនីបរិធនបាលកិច្ច ABLE
(Achieving a Better Life Experience, ការសម្រេចបានបទពិសោធជីវិតដ៏ប្រសើរ), គណនីបញ្ចុះសព,
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកុមារ/យុវជន, ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកុមារ។ល។ សូមពិភាក្សាអំពីកាតព្វកិច្ចរបស់កុមារទាក់ទងនឹងការស្នាក់នៅ
និងអាហារ ក្នុងទម្រង់ជាការចំណាយលើ “ការរួមចំណែករបស់អតិថិជន”។ ពាក្យសុំ SSI៖ ផ្តល់កាលបរិច្ឆេទដែលពាក្យសុំ SSI ត្រូវបានដាក់។ នេះនឹងត្រូវការកើតឡើងតែម្តងប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើដំហាននេះមិនទាន់ត្រូវបានបញ្ចប់
សូមរួមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទដែលភារកិច្ចនេះនឹងត្រូវបានសម្រេចដោយមាតាបិតា។

<u>ផែនការចូលរួមរបស់គ្រួសារ</u>៖ គួសបញ្ជាក់ពីរបៀបដែលគ្រួសារនឹងចូលរួមក្នុងជីវិតយុវជនរបស់ពួកគេ។
រួមបញ្ចូលផែនការសម្រាប់ការទៅលេងលំនៅឋាន, ការជួបជុំគ្នានៅក្នុងសហគមន៍,
ការជ្រាស្រ័យទាក់ទងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងការហៅទូរសព្ទជាដើម។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវានឹងជួយក្នុងការទៅលេង
និងទំនាក់ទំនងទាំងនេះ សូមពិពណ៌នាអំពីជំនួយដែលនឹងត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ ពោលគឺការផ្តល់មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន,
ការផ្តល់បុគ្គលិកក្នុងអំឡុងពេលទំនាក់ទំនងជាក់លាក់។ល។