DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMNISTRATION (DDA)

ផែនការបំនិនជីវិតដំបូង

Initial Life Skills Plan

ឈ្មោះអ្នកដំណើ	ឈ្មោះប្រធានសំណុំរឿង	
ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា	ឈ្មោះភ្នាក់ងារអ្នកផ្តល់សេវា	កាលបរិច្ឆេទផែនការដំបូងត្រូវបានសរសេរ ឬកែប្រែ

បង្ហាញពីប្រភេទគោលដៅនៃបំនិនជីវិត៖

- ☐ ការងារដោយអំណាចខ្លួនឯង - ជំនួយដើម្បីបង្កើនការគោរពខ្លួនឯង ទំនុកចិត្តលើខ្លួនឯង និងជំនាញដើម្បីសម្រេចគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ផ្ទាល់ខ្លួន។
- ☐ ការយល់ដឹងអំពីសុវត្ថិភាព និងការតស៊ូមតិដោយខ្លួនឯង - ជំនួយដើម្បីបង្កើនការយល់ដឹងពីសុវត្ថិភាព និងបង្ហាញពីតម្រូវការ ចង់បាន និងគោលដៅដោយខ្លួនឯងដោយប្រសិទ្ធភាព។
- ☐ ប្រសិទ្ធភាពអន្តរបុគ្គល និងការទំនាក់ទំនងសង្គមដោយប្រសិទ្ធភាព - ជំនួយដើម្បីអភិវឌ្ឍជំនាញសង្គមដើម្បីកសាង និងរក្សាទំនាក់ទំនង ឬបង្កើនការដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងសហគមន៍ និងផ្ទះ។
- ☐ យុទ្ធសាស្ត្រទប់ទល់នឹងបញ្ហាប្រឈមក្នុងជីវិតប្រចាំថ្ងៃ - ជំនួយដើម្បីពង្រឹងជំនាញដោះស្រាយបញ្ហា និងបច្ចេកទេសគ្រប់គ្រងភាពតានតឹង។
- ☐ ការគ្រប់គ្រងកិច្ចការប្រចាំថ្ងៃ និងការទទួលជំនាញសម្របខ្លួន - ជំនួយជំនាញអភិវឌ្ឍន៍ដើម្បីរស់នៅដោយដោគជ័យនៅក្នុងសហគមន៍ និងដើម្បីបង្កើនឯករាជ្យភាព។

គោលដៅ និងគោលបំណងឆ្ងាតវៃ

ពណ៌នាពីគោលដៅ និងគោលបំណងឆ្ងាតវៃ S/F ដែលបានបង្ហាញដូចដែលពួកវាលេចឡើងនៅក្នុងគោលការណ៍ទី 4.20។ គ្មានគោលដៅលើសពីបីក្នុងមួយផែនការនោះទេ។

គោលដៅឆ្ងាតវៃគឺ៖
- ជាក់លាក់
- អាចវាស់វែងបាន
- អាចសម្រេចបាន
- ដែលពាក់ព័ន្ធ
- ទាក់ទងនឹងពេលវេលា

គោលដៅទី **1**	
គោលដៅទី **2**	
គោលដៅទី **3**	

តើសេវាកម្មត្រូវបានផ្តល់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា

ភាពញឹកញាប់ និងរយៈពេលនៃសេវាកម្មដែលបានរំពឹងទុក (ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា និងយូរប៉ុណ្ណាសេវាកម្មដែលបានរំពឹងទុកដល់ចុងក្រោយសម្រាប់អ្នកដំណើអាចឈានដល់គោលដៅរបស់ពួកគេ។)៖

គោលដៅទី **1**	
គោលដៅទី **2**	
គោលដៅទី **3**	

តើផែនការគឺជាអ្វី? តើវិធីសាស្ត្រ និងបច្ចេកទេសអ្វីខ្លះនឹងត្រូវប្រើដើម្បីជួយអ្នកដំណើ? តើវឌ្ឍនភាពនឹងត្រូវបានវាស់វែងយ៉ាងណា ហើយវិធានការនឹងកំណត់ការដាក់បញ្ចូលសេវាកម្មដូចម្តេច?

គោលដៅទី **1**	
គោលដៅទី **2**	
គោលដៅទី **3**	

រាយណែនាំការបញ្ជូនបន្ត៖ ប្រសិនបើអ្នកដំណើមានវត្តមានសក្តានុពលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមូលដ្ឋាន សុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬតម្រូវការជំនួយអប់រំ (ការបញ្ជូនបន្តអាចជាអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ការព្យាបាលដោយវិជ្ជាជីវៈ ឬ DDA)៖

កាលបរិច្ឆេទនៃការបញ្ជូនបន្ត៖

ហត្ថលេខា

ហត្ថលេខាអ្នកដំណើ	កាលបរិច្ឆេទ	ហត្ថលេខាតំណាងស្របច្បាប់អ្នកដំណើ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវា	កាលបរិច្ឆេទ		

អ្នកជំងឺ ៖ បន្ថែមឈ្មោះរបស់អ្នកជំងឺ។

ប្រធានសំណុំរឿង៖ បន្ថែមឈ្មោះរបស់ប្រធានធនធានសំណុំរឿងបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកជំងឺ។

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា៖ បន្ថែមឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាបំនិនជីវិត។

ឈ្មោះភ្នាក់ងារអ្នកផ្តល់សេវា៖ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកផ្តល់សេវាជាមួយភ្នាក់ងារដាប់កិច្ចសន្យា សូមបង្ហាញភ្នាក់ងាររបស់អ្នកនៅទីនេះ។

កាលបរិច្ឆេទសរសេរ ឬកែប្រែ៖ រួមបញ្ចូលនៅពេលផែនការនេះត្រូវបានបំពេញ។

បង្ហាញប្រភេទគោលដៅនៃបំនិនជីវិត៖ គូសប្រអប់ទៅតាមប្រភេទបំនិនជីវិតដែលអ្នកជំងឺនឹងធ្វើការជាមួយ។ កុំគូសប្រអប់លើសពីគោលដៅ។ ឧទាហរណ៍៖
ប្រសិនបើអ្នកជំងឺចង់ធ្វើការជាមួយ។ កុំគូសប្រអប់ក្រៅពីគោលដៅ។ ឧទាហរណ៍៖ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានគោលដៅបី (3) (ដែលជាអតិបរមានៅត្រប់ពេល) ត្រូវតែមានបី (3)
ឬគូសប្រអប់តិចជាង។ អាចមានគោលដៅច្រើនដែលសមក្រោមប្រភេទមួយ ដូច្នេះវាអាចមានបី (3) គោលដៅ ប៉ុន្តែបានគូសតែពីរ (2) ប៊ុណ្ណោះនៅក្នុងតំបន់នេះ។
ពណ៌នាពីគោលដៅ និងគោលបំណងឆ្ងាតវៃបានកំណត់ដូចពួកវាបង្ហាញនៅ[គោលការណ៍ទី **4.20**]។ គ្មានគោលដៅលើសពីបីក្នុងមួយផែនការ៖
កំណត់គោលដៅដែលអ្នកជំងឺមាននៅក្នុងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ S.M.A.R.T. ដោយប្រើតារាងតូចទៅនឹងខាងស្តាំនៃបែបបទជាការណែនាំ។ តើអ្នកជំងឺចង់បានអ្វី?
តើគោលដៅរបស់ពួកគេជាអ្វី? នេះត្រូវតែផ្តោតលើមនុស្ស និងនៅក្នុងពាក្យរបស់អ្នកជំងឺ។
តើភាពញឹកញាប់ និងរយៈពេលនៃសេវាកម្មដែលរំពឹងទុកគឺជាអ្វី?
រៀបរាប់ពីរយៈពេលដែលសេវាកម្មបំនិនជីវិតត្រូវបានរំពឹងបន្តរហូតដល់អ្នកជំងឺអាចឈានដល់គោលដៅរបស់ពួកគេ។
តើអ្នកជំងឺត្រូវធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាយូរប៉ុណ្ណាដើម្បីឱ្យពួកគេឈានដល់គោលដៅរបស់ពួកគេ។ ឧទាហរណ៍៖ ម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីរ (2) ម៉ោង សម្រាប់បី (3) ខែបន្ទាប់។
តើផែនការគឺជាអ្វី? តើវិធីសាស្ត្រ និងបច្ចេកទេសអ្វីខ្លះនឹងត្រូវប្រើដើម្បីជួយអ្នកជំងឺឈានដល់គោលដៅរបស់ពួកគេ? ពណ៌នាពួកគេនៅទីនេះ។
រាយណែនាំការបញ្ជូនបន្ត៖ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានវត្តមានសក្តានុពលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមូលដ្ឋាន សុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬតម្រូវការជំនួយអប់រំ
(ការបញ្ជូនបន្តអាចជាអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ការព្យាបាលដោយវិជ្ជាជីវៈ ឬ **DDA**)៖
រាយនៅក្នុងផ្នែកនេះនូវការបញ្ជូនបន្តណាមួយដែលចាំបាច់សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលនៅក្រៅអ្វីដែលបំនិនជីវិតអាចផ្តល់។ ឧទារហណ៍នៃការពិចារណា៖
តើមានកង្វល់ណាមួយដែលការបង្ហាញពីសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងតម្រូវការអប់រំរបស់អ្នកជំងឺសម្រាប់អ្នកជំងឺត្រប់អាយុចូលរៀន?
តើអ្នកជំងឺត្រូវការការបញ្ជូនបន្តទៅធនធានដែលពួកគេមិនទាន់បានភ្ជាប់ឬទេ?
ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ៖ អ្នកជំងឺត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។
ហត្ថលេខាតំណាងស្របច្បាប់៖ នៅពេលអាចអនុវត្តបាន តំណាងស្របច្បាប់របស់អ្នកជំងឺត្រូវតែចុះហត្ថលេខាទីនេះ ការយល់ព្រមនឹងផែនការដំបូងនេះ។
ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវា៖ អ្នកផ្តល់សេវាបំនិនជីវិតនឹងចុះហត្ថលេខាទីនេះ។