Disability Report (မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာ)

Medical Disability Decision (ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု ဆုံးဖြတ်ချက်)

DSHS 14-144A

မသန်စွမ်းမှုအစီရင်ခံစာ ဖောင်ပုံစံ၊ DSHS 14-144A သည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် Division of Disability Determination Services (မသန်စွမ်းမှုဆုံးဖြတ်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများဌာနခွဲ၊ DDDS) မှအသုံးပြုနိုင်ရန်အတွက် ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ၏ မသန်စွမ်းမှု၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အထားများနှင့် အလုပ်မှတ်တမ်းအကြောင်း အချက်အလက်များကို စုဆောင်းရယူပါသည်။

Social Service Specialist (လူမှုဝန်ဆောင်မှုကျွမ်းကျင်သူ၊ SSS)၊ Public Benefits Specialist (အစိုးရအကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူ၊ PBS) သို့မဟုတ် စာချုပ်ချုပ်ထားသည့် ကျန်းမာရေးကိစ္စမန်နေဂျာသည် DSHS 14-144A ကို စတင်ဆောင်ရွက်ပါသည်။ တာဝန်ရှိဝန်ထမ်းများသည် ဖောင်ပုံစံပေါ်တွင် Community Service Office (ရပ်ရွာဝန်ဆောင်မှုရုံး၊ CSO) နှင့် ဖုန်းနံပါတ်တို့ကို သေချာမှတ်သားထားသင့်သည်။ တောင်းဆိုထားသော မသန်စွမ်းမှုဆုံးဖြတ်ချက်သည် Non-Grant Medical Assistance (ငွေကြေးမပါဝင်သည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အပံ့၊ NGMA) သို့မဟုတ် Healthcare for Workers with Disabilities (မသန်စွမ်းအလုပ်သမားများအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု၊ HWD) အတွက် ဖြစ်ကြောင်း ဖော်ပြရန် သင့်လျော်သောအကွက်တွင် အမှန်ခြစ်ပါ။ မသန်စွမ်းမှုဆုံးဖြတ်ချက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်အစုစုတွင် ဖြည့်စွက်ထားသောဖောင်ပုံစံကို ထည့်သွင်းပါ။

1. တာဝန်ရှိဝန်ထမ်းများသည် ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ၏ အမည်၊ Social Security Number (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်၊ SSN) နှင့် မသန်စွမ်းမှုအခြေအနေအား ခေါင်းစီးတွင် ဖြည့်သွင်းမည်။

2. တာဝန်ရှိဝန်ထမ်းများသည် <u>အပိုင်း 1 - သင့်အခြေအနေအကြောင်း အချက်အလက်များ</u>ကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် ဝန်ဆောင်မှုရယူသူအား ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ ရက်စွဲများသည် အတိအကျဖြစ်ရန်မလိုသော်လည်း လနှင့် ခုနှစ်ကို ဖော်ပြထားသင့်သည်။

3. တာဝန်ရှိဝန်ထမ်းများသည် <u>အပိုင်း 2 - သင့်ဆေးမှတ်တမ်းများအကြောင်း အချက်အလက်များ</u>ကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် ဝန်ဆောင်မှုရယူသူအား ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ ဆရာဝန်များနှင့် ကုသမှုရယူသည့်နေရာများကို တတ်နိုင်သမျှ အပြည့်အစုံ ဖော်ပြရန် အရေးကြီးပါသည်။

4. တာဝန်ရှိဝန်ထမ်းများသည် <u>အပိုင်း 3 - ဆေးဝါးစာရင်း</u>ကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် ဝန်ဆောင်မှုရယူသူအား ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ SSS သို့မဟုတ် PBS သည် ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ၏ ဆေးဝါးစာရင်းကို တတ်နိုင်သမျှ ပြည့်စုံကြောင်းသေချာစေရန် အချက်အလက်ကို စိစစ်သုံးသပ်သင့်သည်။

5. တာဝန်ရှိဝန်ထမ်းများသည် <u>အပိုင်း 4 - သင့်ပညာရေးအကြောင်း အချက်အလက်များ</u>ကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် ဝန်ဆောင်မှုရယူသူအား ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ ကျောင်းစာသင်ခန်းများသည် အထူးပညာရေးအတန်းများဖြစ်ခဲ့ပါက မှတ်ချက်ပြုဖော်ပြပေးသင့်သည်။

6. တာဝန်ရှိဝန်ထမ်းများသည် <u>အပိုင်း 5 - သင်လုပ်ကိုင်ခဲ့သည့် အလုပ်အကြောင်း အချက်အလက်များ</u>ကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် ဝန်ဆောင်မှုရယူသူအား ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ အလုပ်ရှင်တစ်ဦးချင်းကို ဖြည့်သွင်းရန်မလိုဘဲ လုပ်ငန်းအမျိုးအစားကိုသာ ဖြည့်သွင်းသင့်သည်။

7. တာဝန်ရှိဝန်ထမ်းများသည် <u>အပိုင်း 6 - မှတ်ချက်များ</u>ရှိ အကြောင်းအရာ 1 ကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် ဝန်ဆောင်မှုရယူသူအား ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ အကြောင်းအရာ 2 မှ 6 အထိသည် SSS သို့မဟုတ် PBS ဝန်ထမ်းများမှ ဖြည့်စွက်ရမည့်အပိုင်းဖြစ်သည်။

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Disability Report
(မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာ)
Medical Disability Decision
(ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု ဆုံးဖြတ်ချက်)

တောင်းဆိုချက်မှာ အောက်ဖော်ပြပါအတွက် ဖြစ်ပါသည်-

☐ Non-Grant Medical Assistance (ငွေကြေးမပါဝင်သည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အပံ့၊ NGMA)

☐ Healthcare for Workers with Disabilities (မသန်စွမ်းအလုပ်သမားများအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု၊ HWD)

တောင်းဆိုသူနှင့်ဖြစ်စေ တောင်းဆိုသူ၏ ကိုယ်စားလှယ်နှင့်ဖြစ်စေ တွေ့ဆုံမေးမြန်းစဉ်တွင် ဤဖောင်ပုံစံကို DSHS လူမှုဝန်ဆောင်မှုဌာန၊ Public Benefits Specialist (အစိုးရအကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူ၊ PBS) သို့မဟုတ် စာချုပ်ချုပ်ထားသော ကျန်းမာရေးကိစ္စမန်နေဂျာက ဖြည့်စွက်မည်ဖြစ်သည်။ **အကြောင်းအရာအားလုံးကို တတ်နိုင်သမျှ ပြည့်စုံရှင်းလင်းစွာ ပုံနှိပ်၍၊ စာရိုက်၍ သို့မဟုတ် ရေးသား၍ ဖြေဆိုပါ။ <u>မေးခွန်းအားလုံးကို ဖြေပါ</u>။ အဖြေများအား ပြည့်စုံစွာ ဖြေဆိုခြင်းသည် တောင်းဆိုမှုကို စီမံဆောင်ရွက်ပေးရာတွင် အထောက်အကူဖြစ်စေသည်။ ဖောင်ပုံစံပါမေးခွန်းများမှ တစ်ခုခုကို ဖြေဆိုရန် နေရာပိုလိုအပ်ပါက အပိုင်း 6 သို့ သွားပါ သို့မဟုတ် စာရွက်များကို ပူးတွဲထည့်ပါ။**

1. တောင်းဆိုသူ၏အမည် / အမည်ပွားများ	2. လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	ဖုန်းနံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)
4. ကြားခံပြင်ပ ဆက်သွယ်ရန်ပုဂ္ဂိုလ် အမည်		ဖုန်းနံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)
လိပ်စာ		

5. သင့်တွင် မည်သည့်မသန်စွမ်းမှုအခြေအနေ ရှိပါသလဲ။ သင့်အား အလုပ်လုပ်၍မရအောင် တားဆီးနေသော ထိခိုက်ဒဏ်ရာ သို့မဟုတ် နာမကျန်းမှုကို အတိုချုပ်ရှင်းပြပါ။

အပိုင်း 1။ သင့်အခြေအနေအကြောင်း အချက်အလက်များ

1. သင့်အခြေအနေက မည်သည့်ရက်မှစတင်၍ သင့်ကို အနှောင့်အယှက်ဖြစ်စေခဲ့ပါသလဲ။ _____
လ / ရက် / နှစ်

		ဟုတ်	မဟုတ်
2A.	အထက်တွင် ဖော်ပြခဲ့သည့် အကြောင်းအရာ 1 ရှိ ရက်စွဲနောက်ပိုင်းတွင် သင်အလုပ်လုပ်ခဲ့ပါသလား။ **မဟုတ်ပါ**ဟု ဖြေဆိုခဲ့လျှင် အောက်ရှိ 3A နှင့် 3B သို့ သွားပါ။	☐	☐
2B-	**2A ကို ဟုတ်သည်ဟု ဖြေခဲ့ပါက** သင်၏အခြေအနေကြောင့် အောက်ပါအချက်များကို ပြောင်းလဲစေခဲ့ပါသလား-		
	သင်၏ အလုပ်အကိုင် သို့မဟုတ် အလုပ်တာဝန်များ။	☐	☐
	သင်၏ အလုပ်လုပ်သည့်နာရီပေါင်း။	☐	☐
	သင်၏ အလုပ်တက်ရောက်မှု။	☐	☐
	သင့်အလုပ်နှင့်ပတ်သက်သည့် အခြားအရာတစ်ခုခု။	☐	☐
2C.	**2B ရှိ အချက်တစ်ချက်ချက်ကို ဟုတ်သည်ဟု ဖြေဆိုခဲ့ပါက** သင့်လုပ်ငန်းခွင်အတွင်း အပြောင်းအလဲများ၊ ၎င်းတို့ဖြစ်ပေါ်ခဲ့သည့် ရက်စွဲများနှင့် သင့်အခြေအနေကြောင့် ဤအပြောင်းအလဲများပြုလုပ်ရန် လိုအပ်ခဲ့ပုံအကြောင်း ရှင်းပြပေးပါ-		

3A. သင့်အခြေအနေကြောင့် မည်သည့်အချိန်တွင် သင်အလုပ်လုပ်ခြင်းမှ လုံးဝရပ်နားခဲ့ရပါသလဲ။ _____
လ / ရက် / နှစ်

3B- သင့်အခြေအနေကြောင့် ယခုအခါ သင်အလုပ်လုပ်၍မရနိုင်တော့ပုံကို ရှင်းပြပေးပါ-

အပိုင်း 2။ သင့်ဆေးမှတ်တမ်းများအကြောင်း အချက်အလက်များ

1. သင်၏ မသန်စွမ်းမှုအခြေအနေနှင့်ပတ်သက်သော နောက်ဆုံးဆေးမှတ်တမ်းများရှိသည့် ဆရာဝန်အကြောင်း အောက်ပါအချက်အလက်များကို ထည့်သွင်းပါ-	☐ **သင်၏ မသန်စွမ်းမှုအခြေအနေအတွက် ဆရာဝန်နှင့် မပြဖူးပါက ဤနေရာတွင် အမှန်ခြစ်ပါ။**

ဆရာဝန်၏အမည် / ဆေးခန်း	ဖုန်းနံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)
လိပ်စာ	ဤဆရာဝန်နှင့် သင်**<u>ပထမဆုံး</u>** ပြသခဲ့သည့် ရက်စွဲ
သင် စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှုခံယူခဲ့ရသည့် နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာ	ဤဆရာဝန်နှင့် သင်**<u>နောက်ဆုံး</u>** ပြသခဲ့သည့် ရက်စွဲ

ခံယူခဲ့ဖူးသည့်ကုသမှု သို့မဟုတ် မှီဝဲခဲ့သောဆေးဝါးများ၏ အမျိုးအစား (ဥပမာ- ခွဲစိတ်ကုသမှု၊ ကီမိုဆေးသွင်းခြင်းကုထုံး၊ ဓာတ်ရောင်ခြည်ကုထုံးနှင့် သိရှိပါက သင်၏နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် သင်သောက်သုံးသော ဆေးဝါးများ)။ ကုသမှုခံယူခဲ့ဖူးခြင်း သို့မဟုတ် ဆေးဝါးမှီဝဲခဲ့ဖူးခြင်း မရှိလျှင် **<u>မရှိပါ</u>**ဟု ရေးပါ။

2. သင်၏မသန်စွမ်းမှုအခြေအနေ စတင်ပေါ်ပေါက်ချိန်မှစ၍ အခြားဆရာဝန်များနှင့် ပြသဖူးပါသလား။
   ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
   ဟုတ်သည်ဆိုလျှင် အောက်ပါတို့ကို ဖြေဆိုပါ-

ဆရာဝန်၏အမည် / ဆေးခန်း	ဖုန်းနံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)
လိပ်စာ	ဤဆရာဝန်နှင့် သင်**<u>ပထမဆုံး</u>** ပြသခဲ့သည့် ရက်စွဲ
သင် စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှုခံယူခဲ့ရသည့် နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာ	ဤဆရာဝန်နှင့် သင်**<u>နောက်ဆုံး</u>** ပြသခဲ့သည့် ရက်စွဲ

ခံယူခဲ့ဖူးသည့်ကုသမှု သို့မဟုတ် မှီဝဲခဲ့သောဆေးဝါးများ၏ အမျိုးအစား (ဥပမာ- ခွဲစိတ်ကုသမှု၊ ကီမိုဆေးသွင်းခြင်းကုထုံး၊ ဓာတ်ရောင်ခြည်ကုထုံးနှင့် သိရှိပါက သင်၏နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် သင်သောက်သုံးသော ဆေးဝါးများ)။ ကုသမှုခံယူခဲ့ဖူးခြင်း သို့မဟုတ် ဆေးဝါးမှီဝဲခဲ့ဖူးခြင်း မရှိလျှင် **<u>မရှိပါ</u>**ဟု ရေးပါ။

အကယ်၍ သင်သည် ဤနာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာကြောင့် နောက်ထပ်ဆရာဝန်များနှင့် ပြသခဲ့ပါက အထက်ပါအချက်အလက်များနှင့်အတူ အပိုစာမျက်နှာများကို ပူးတွဲထည့်သွင်းပေးပါ။

3. သင်၏မသန်စွမ်းမှုအခြေအနေနှင့်ပတ်သက်၍ ဆေးရုံတက်ရောက်၍ ဆေးကုသမှုခံယူခဲ့ဖူးပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
   ဟုတ်သည်ဆိုလျှင် အောက်ပါတို့ကို ဖြေဆိုပါ-

ဆေးရုံအမည်	ဖုန်းနံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)
လိပ်စာ	

မည်သည့်ရက်များတွင် သင်ဆေးရုံတက်ရောက်ပြသခဲ့သလဲ။

သင် စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှုခံယူခဲ့ရသည့် နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာ

ခံယူခဲ့ဖူးသည့်ကုသမှု သို့မဟုတ် မှီဝဲခဲ့သောဆေးဝါးများ၏ အမျိုးအစား (ဥပမာ- ခွဲစိတ်ကုသမှု၊ ကီမိုဆေးသွင်းခြင်းကုထုံး၊ ဓာတ်ရောင်ခြည်ကုထုံးနှင့် သိရှိပါက သင်၏နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် သင်သောက်သုံးသော ဆေးဝါးများ)။ ကုသမှုခံယူခဲ့ဖူးခြင်း သို့မဟုတ် ဆေးဝါးမှီဝဲခဲ့ဖူးခြင်း မရှိလျှင် **<u>မရှိပါ</u>**ဟု ရေးပါ။

4. သင်၏ နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် အခြားဆေးရုံများတွင် တက်ရောက်ပြသခဲ့ဖူးပါက အောက်ပါတို့ကို ဖြေဆိုပါ-

ဆေးရုံအမည်	ဖုန်းနံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)
လိပ်စာ	
မည်သည့်ရက်များတွင် သင်ဆေးရုံတက်ရောက်ပြသခဲ့သလဲ။	
သင် စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှုခံယူခဲ့ရသည့် နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာ	
ခံယူခဲ့ဖူးသည့်ကုသမှု သို့မဟုတ် မှီဝဲခဲ့သောဆေးဝါးများ၏ အမျိုးအစား (ဥပမာ- ခွဲစိတ်ကုသမှု၊ ကီမိုဆေးသွင်းခြင်းကုထုံး၊ ဓာတ်ရောင်ခြည်ကုထုံးနှင့် သိရှိပါက သင်၏နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် သင်သောက်သုံးသော ဆေးဝါးများ)။ ကုသမှုခံယူခဲ့ဖူးခြင်း သို့မဟုတ် ဆေးဝါးမှီဝဲခဲ့ဖူးခြင်း မရှိလျှင် **<u>မရှိပါ</u>**ဟု ရေးပါ။	

သင်၏နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် အခြားဆေးရုံများ သို့မဟုတ် ဆေးခန်းများတွင် ပြသခဲ့ဖူးပါက အပိုင်း 6 တွင် အမည်များ၊ ရက်စွဲများနှင့် အကြောင်းရင်းများကို ဖော်ပြပေးပါ သို့မဟုတ် အပိုစာမျက်နှာများကို ပူးတွဲထည့်သွင်းပေးပါ။

5. သင်သည် ဤစစ်ဆေးမှုများထဲမှ တစ်ခုခုကို လွန်ခဲ့သောနှစ်က ခံယူခဲ့ဖူးပါသလား။ အောက်ရှိ သင့်လျော်သောအကွက်ကို အမှန်ခြစ်ပါ။ "ဟုတ်သည်" ဟု ဖြေဆိုပါက စစ်ဆေးမှုလုပ်ခဲ့သည့် အချိန်နှင့်နေရာကို ဖော်ပြပေးပါ။

စစ်ဆေးမှု	ဟုတ်	မဟုတ်	စစ်ဆေးမှုပြုလုပ်ခဲ့သည့်နေရာ	စစ်ဆေးမှုပြုလုပ်ခဲ့သည့်အချိန်
လျှပ်စစ်သံလိုက်လှုပ်ရှားမှုဖြင့် နှလုံးကျန်းမာရေးစစ်ဆေးခြင်း	☐	☐		
ရင်ခေါင်း ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း	☐	☐		
အခြားဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း (အမျိုးအစားကို အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ)-	☐	☐		
အသက်ရှူနိုင်စွမ်း စစ်ဆေးမှုများ	☐	☐		
သွေးစစ်ဆေးမှုများ	☐	☐		
အခြား (အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ)-	☐	☐		

အပိုင်း 3။ ဆေးဝါးစာရင်း

ဆေးဝါးအမည်	ဆေးညွှန်းသည့်သူ (ဆရာဝန်၏ အမည်)	ဆေးဝါးသောက်သုံးရသည့် အကြောင်းရင်း

နောက်ထပ်ဆေးဝါးများကိုလည်း သောက်သုံးနေရပါက အထက်ပါအချက်အလက်များနှင့်အတူ အပိုစာမျက်နှာများကို ပူးတွဲထည့်သွင်းပေးပါ။

အပိုင်း 4။ သင့်ပညာရေးအကြောင်း အချက်အလက်များ

1. **သင်တက်ရောက်ပြီးစီးခဲ့သည့် အမြင့်ဆုံးအတန်းပညာရေးအဆင့်မှာ အဘယ်နည်း။** _____ ပညာသင်နှစ်ကို ဖော်ပြပါ။ _____

2. သက်မွေးမှု သို့မဟုတ် သက်မွေးဝမ်းကျောင်းဆိုင်ရာ သင်တန်းကျောင်း သို့မဟုတ် အထူးလေ့ကျင့်ရေးကျောင်းတစ်ခုခုကို သင်တက်ရောက်ခဲ့ပါသလား။
☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်

ဟုတ်သည်ဆိုလျှင် အောက်ပါတို့ကို ဖြေဆိုပါ-

သက်မွေးမှု သို့မဟုတ် သက်မွေးဝမ်းကျောင်းဆိုင်ရာ သင်တန်းကျောင်း သို့မဟုတ် လေ့ကျင့်ရေးကျောင်း အမျိုးအစား	သင်တက်ရောက်ခဲ့သော ခန့်မှန်းခြေရက်စွဲများ

ဤသင်တန်းကျောင်းတက်ရောက်မှု သို့မဟုတ် လေ့ကျင့်မှုကို သင်လုပ်ခဲ့သောအလုပ်တွင် မည်သို့အသုံးချခဲ့ပါသလဲ။

ဝန်ဆောင်မှုရယူသူသည် ကျောင်းတက်နေပါက ကျေးဇူးပြုပြီး အောက်ပါတို့ကို ဖော်ပြပါ။

ကျောင်းအမည်၊ လိပ်စာနှင့် ဖုန်းနံပါတ်

ဆရာအမည်

အပိုင်း 5။ သင်လုပ်ကိုင်ခဲ့သည့် အလုပ်အကြောင်း အချက်အလက်များ

သင်အလုပ်မှမရပ်နားမီ လွန်ခဲ့သောငါးနှစ်အတွင်း သင်၏ပုံမှန်အလုပ်အကိုင်မှစတင်၍ လုပ်ကိုင်ခဲ့သော အလုပ်အားလုံးကို ဖော်ပြပါ။ ဤအရာသည် သင်အချိန်အကြာဆုံးလုပ်ခဲ့သောအလုပ်ကို ဆိုလိုသည်။ သင်က 6 တန်းပညာရေး သို့မဟုတ် ယင်းအောက်နိမ့်သောပညာရေးကိုသာ **ပြီးစီးခဲ့ပြီး** ပင်ပန်းသောအလုပ်ကြမ်းများကိုသာ နှစ်ပေါင်း 35 နှစ်နှင့်အထက် လုပ်ခဲ့ရပါက သင်အလုပ်စလုပ်ခဲ့ချိန်မှ လုပ်ကိုင်ခဲ့သော အလုပ်အားလုံးကို ဖော်ပြပါ။ နေရာလွတ်ပိုမိုလိုအပ်ပါက အပိုစာမျက်နှာများကို ပူးတွဲထည့်သွင်းပေးပါ သို့မဟုတ် အပိုင်း 6 ကို အသုံးပြုပါ။

အလုပ်ရာထူး	လုပ်ငန်းအမျိုးအစား	အလုပ်စဝင်သည့်ရက်စွဲ	အလုပ်နားသည့်ရက်စွဲ	တစ်ပတ်လျှင် လုပ်ကိုင်သည့်ရက်ပေါင်း	လစာနှုန်းထား (နာရီအလိုက်၊ နေ့စား၊ သီတင်းပတ်အလိုက်၊ လခစား သို့မဟုတ် နှစ်အလိုက်)

		ဟုတ်	မဟုတ်
2A.	အထက်ဖော်ပြပါ သင်၏ ပုံမှန်အလုပ်အကိုင်တွင် သင်သည် အောက်ပါတို့ကို ပြုလုပ်ခဲ့ပါသလား -		
	စက်ယန္တရားများ၊ ကိရိယာများ သို့မဟုတ် ပစ္စည်းကိရိယာတစ်မျိုးမျိုးကို ကိုင်တွယ်အသုံးပြုခဲ့ပါသလား။	☐	☐
	နည်းပညာဗဟုသုတ သို့မဟုတ် ကျွမ်းကျင်မှုများကို အသုံးချခဲ့ပါသလား။	☐	☐
	စာရေးသားခြင်း၊ အစီရင်ခံစာများဖြည့်စွက်ခြင်း သို့မဟုတ် အလားတူတာဝန်များကို ထမ်းဆောင်ခြင်းတို့ ပြုလုပ်ခဲ့ပါသလား။	☐	☐
	ကြီးကြပ်ကွပ်ကဲရေးတာဝန်များကို ထမ်းဆောင်ခဲ့ရပါသလား-	☐	☐

2B- ဟုတ်သည်ဟု ဖြေဆိုထားသော အဖြေအားလုံးအတွက် အောက်ပါတို့အား အပြည့်အစုံဖော်ပြ၍ ရှင်းလင်းပါ- သင်အသုံးပြုခဲ့သော စက်ယန္တရားများ၊ ကိရိယာများ သို့မဟုတ် ပစ္စည်းကိရိယာများ၏ အမျိုးအစားများနှင့် သင်ဆောင်ရွက်ခဲ့သော လုပ်ဆောင်မှု အတိအကျ၊ သက်ဆိုင်ရာ နည်းပညာဗဟုသုတ သို့မဟုတ် ကျွမ်းကျင်မှုများ၊ သင်ရေးသားခဲ့ရသည့် အကြောင်းအရာအမျိုးအစား၊ အစီရင်ခံစာများ၏သဘောသဘာဝ၊ သင်ကြီးကြပ်ကွပ်ကဲခဲ့သော ဝန်ထမ်းဦးရေနှင့် သင်၏ ကြီးကြပ်ကွပ်ကဲမှု အတိုင်းအတာ။

2C. သာမန်တစ်နေ့တာအတွင်း သင့်ပုံမှန်အလုပ်အကိုင်တွင် ပါဝင်နေသည့် ကိုယ်ကာယလှုပ်ရှားမှုအမျိုးအစားနှင့် ပမာဏအား အောက်ပါအဖြေများမှ အသင့်တော်ဆုံးကို ရွေးချယ်အမှန်ခြစ်၍ ဖော်ပြပါ။

ဤအရာများကို သင် တစ်နေ့လျှင် ဘယ်နှနာရီ

လုပ်ခဲ့ရသလဲ-	လမ်းလျှောက်ခြင်း။	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
	မတ်တတ်ရပ်ခြင်း။	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
	ထိုင်ခြင်း။	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8

ဤအရာများကို သင် တစ်နေ့လျှင် မည်မျှမကြာမကြာ လုပ်ခဲ့ရသလဲ-

ကုန်းခြင်း၊ ကွေခြင်း။ ☐ လုံးဝ ☐ တစ်ခါတစ်ရံ ☐ မကြာခဏ ☐ အမြဲတမ်း

လက်လှမ်းမှီယူရခြင်း။ ☐ လုံးဝ ☐ တစ်ခါတစ်ရံ ☐ မကြာခဏ ☐ အမြဲတမ်း

ပင့်မခြင်းနှင့် သယ်ယူခြင်း - မည်သည့်အရာကို ပင့်မခဲ့ရကြောင်းနှင့် ထိုအရာအား အကွာအဝေးမည်မျှထိ သယ်ယူခဲ့ရကြောင်း ဖော်ပြပါ- သင် ပင့်မခဲ့ဖူးသော အလေးဆုံး အလေးချိန်သည် မည်မျှရှိပါသလဲ။

☐ 10 ပေါင် ☐ 20 ပေါင် ☐ 50 ပေါင် ☐ 100 ပေါင် ☐ 100 ပေါင်အထက်။

သင် မကြာခဏ ပင့်မလေ့ရှိသော သို့မဟုတ် သယ်ယူလေ့ရှိသော အလေးချိန်သည် မည်မျှဖြစ်ပါသလဲ။

☐ 10 ပေါင်အထိ။ ☐ 25 ပေါင်အထိ။ ☐ 50 ပေါင်အထိ။ ☐ 100 ပေါင်အထိ။

အပိုင်း 6။ မှတ်ချက်များ

1. ယခင်မေးခွန်းများကို ဖြေရန် နေရာလွတ်အပိုအဖြစ် ဤအပိုင်းအား အသုံးပြုပါ။ ထို့အပြင် သင်၏မသန်စွမ်းမှုထောက်ပံ့ကြေးတောင်းဆိုမှုအပေါ် ဆုံးဖြတ်ချက်ချရာတွင် အကူအညီဖြစ်စေမည်ဟု ထင်သော (ယခင်ကဖော်ပြမထားသည့် အခြားနာမကျန်းမှုများ သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာများ အကြောင်း အချက်အလက်များကဲ့သို့) မည်သည့်အပိုဆောင်းအချက်အလက်ကိုမဆို ဖော်ပြပေးရန်လည်း ဤနေရာလွတ်အား အသုံးပြုပါ။

To be Completed by Interviewer (တွေ့ဆုံမေးမြန်းမှု ပြုလုပ်သူမှ ဖြည့်စွက်ရန်)

2. တောင်းဆိုသူသည် အင်္ဂလိပ်စကားပြောတတ်ပါသလား။ ☐ ပြောတတ်သည် ☐ မပြောတတ်ပါ မပြောတတ်ပါက သူ/သူမက မည်သည့်ဘာသာစကားကို ပြောဆိုပါသလဲ-
3. တောင်းဆိုသူသည် သူ သို့မဟုတ် သူမ၏ ထောက်ပံ့ကြေးတောင်းဆိုမှုကို ဆောင်ရွက်ရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါသလား။

☐ လိုအပ်သည် ☐ မလိုအပ်ပါ

လိုအပ်ပါက စာမျက်နှာ 1 ရှိ ကြားခံပြင်ပ ဆက်သွယ်ရန်ပုဂ္ဂိုလ်ကို ဖြည့်စွက်ပါ။

4. တောင်းဆိုသူအား တွေ့ဆုံမေးမြန်းစဉ်တွင် အခက်အခဲတစ်စုံတစ်ရာရှိခဲ့ပါက အောက်ပါတို့ထဲမှ ကြုံတွေ့ခဲ့ရသော အခက်အခဲကို အမှန်ခြစ်ပါ။

☐ စာဖတ်နိုင်စွမ်းအခက်အခဲ ☐ စာရေးနိုင်စွမ်း အခက်အခဲ ☐ မေးခွန်းများကို ပြန်လည်ဖြေဆိုနိုင်စွမ်း အခက်အခဲ
☐ နားထောင်နိုင်စွမ်း အခက်အခဲ ☐ ထိုင်ရန်အခက်အခဲ ☐ နားလည်နိုင်စွမ်း အခက်အခဲ
☐ လက်အသုံးပြုမှု အခက်အခဲ ☐ အသက်ရှူနိုင်စွမ်း အခက်အခဲ ☐ မြင်နိုင်စွမ်း အခက်အခဲ
☐ လမ်းလျှောက်နိုင်စွမ်း အခက်အခဲ ☐ အခြားအခက်အခဲ (အသေးစိတ်ဖော်ပြပေးပါ)-

☐ **မည်သည့်အခက်အခဲမျှ မတွေ့ရှိရပါ**

အထက်ပါအချက်များမှ တစ်ချက်ချက်အား အမှန်ခြစ်ခဲ့ပါက ကြုံတွေ့ခဲ့ရသည့် အခက်အခဲအတိအကျကို ဖော်ပြပါ -

5. လုပ်ဆောင်နေဆဲ / လက်ရှိ ABD အကဲဖြတ်မှုများရှိပါလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
   ☐ ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာကျန်းမာရေး အကဲဖြတ်မှု၊ ရက်စွဲ- _____
   ☐ စိတ်ကျန်းမာရေး အကဲဖြတ်မှု၊ ရက်စွဲ- _____

6. တောင်းဆိုသူ၏ ပုံပန်းသွင်ပြင်အား အပြည့်အစုံဖော်ပြပါ (ဥပမာ - ယေဘုယျခန္ဓာကိုယ်တည်ဆောက်ပုံ၊ အရပ်အမြင့်၊ ကိုယ်အလေးချိန်၊ အပြုအမူ၊ အထက်တွင်မှတ်သားထားသော အချက်များအား ထပ်ပေါင်းထည့်သည့် သို့မဟုတ် ဖြည့်စွက်သည့် အခက်အခဲများ)-

တွေ့ဆုံမေးမြန်းသူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ	တွေ့ဆုံမေးမြန်းသူ၏အမည် (စာရိုက်ထည့်ပါ သို့မဟုတ် ပုံနှိပ်စာလုံးကြီးဖြင့် ဖော်ပြပါ)
တွေ့ဆုံမေးမြန်းသူ၏ ဖုန်းနံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)		Community Services Office (ရုပ်ရွှာဝန်ဆောင်မှုများရုံး)