Disability Report (របាយការណ៍ស្តីពីពិការភាព)
Medical Disability Decision (សេចក្តីសម្រេចអំពីពិការភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)
DSHS 14-144A

ទម្រង់បែបបទរបាយការណ៍ពិការភាព DSHS 14-144A ប្រមូលព័ត៌មានអំពីពិការភាពរបស់អតិថិជន ភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្រ និងប្រវត្តិការងារសម្រាប់ប្រើប្រាស់ដោយ Division of Disability Determination Services (ផ្នែកសេវាកំណត់ពិការភាព, DDDS) ក្នុងការកំណត់ពិការភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

Social Service Specialist (អ្នកឯកទេសសេវាសង្គមកិច្ច, SSS), Public Benefits Specialist (អ្នកឯកទេសផ្នែកផលប្រយោជន៍សាធារណៈ, PBS) ឬអ្នកគ្រប់គ្រងករណីជាប់កិច្ចសន្យាចាប់ផ្តើម DSHS 14-144A។ បុគ្គលិកចាត់តាំងតួរតែធានាថា Community Service Office (ការិយាល័យសេវាសហគមន៍, CSO) និងលេខទូរសព្ទត្រូវបានកំណត់ចំណាំនៅលើទម្រង់បែបបទ។ ធីកប្រអប់សមស្របដើម្បីបញ្ជាក់ថា សេចក្តីសម្រេចអំពីពិការភាពដែលបានស្នើសុំ គឺសម្រាប់ Non-Grant Medical Assistance (ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមិនផ្តល់ជំនួយ, NGMA) ឬ Healthcare for Workers with Disabilities (ការថែទាំសុខភាពសម្រាប់កម្មករពិការ, HWD)។ បញ្ចូលទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញទៅក្នុងកញ្ចប់សេចក្តីសម្រេចអំពីពិការភាព។

1. បុគ្គលិកចាត់តាំងបំពេញចំណងជើង ដើម្បីបញ្ជាក់ឈ្មោះ, Social Security Number (លេខសន្តិសុខសង្គម, SSN) និងស្ថានភាពពិការរបស់អតិថិជន។

2. បុគ្គលិកចាត់តាំងអាចជួយអតិថិជនបំពេញផ្នែកទី 1 - ព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពរបស់អ្នក។ កាលបរិច្ឆេទមិនចាំបាច់ជាកាលបរិច្ឆេទជាក់លាក់ទេ ប៉ុន្តែគួរតែបង្ហាញខែ និងឆ្នាំ។

3. បុគ្គលិកចាត់តាំងអាចជួយអតិថិជនបំពេញផ្នែកទី 2 - ព័ត៌មានអំពីកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ ចាំបាច់ត្រូវកំណត់អត្តសញ្ញាណក្រូពេទ្យ និងប្រភពនៃការព្យាបាលឲ្យបានពេញលេញតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

4. បុគ្គលិកចាត់តាំងអាចជួយអតិថិជនបំពេញផ្នែកទី 3 – បញ្ជីឱសថ។ SSS ឬ PBS គួរតែពិនិត្យមើលព័ត៌មានដើម្បីធានាថាបញ្ជីឱសថរបស់អតិថិជនគឺជាបញ្ជីពេញលេញតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

5. បុគ្គលិកចាត់តាំងអាចជួយអតិថិជនបំពេញផ្នែកទី 4- ព័ត៌មានអំពីការអប់រំរបស់អ្នក។ គួរកត់សម្គាល់ថាតើថ្នាក់រៀនជាថ្នាក់អប់រំពិសេសឬអត់។

6. បុគ្គលិកចាត់តាំងអាចជួយអតិថិជនបំពេញផ្នែកទី 5 - ព័ត៌មានអំពីការងារដែលអ្នកបានធ្វើ។ និយោជកម្នាក់ៗមិនគួរត្រូវបានចុះបញ្ជីទេ ចុះបញ្ជីតែប្រភេទអាជីវកម្មប៉ុណ្ណោះ។

7. បុគ្គលិកចាត់តាំងអាចជួយអតិថិជនបំពេញចំណុចទី 1 នៅក្នុងផ្នែកទី 6 - ចំណាំ។ ចំណុចទី 2 ដល់ទី 6 នឹងត្រូវបំពេញដោយបុគ្គលិក SSS ឬ PBS។

DSHS
WASHINGTON STATE
Department of Social and Health Services

Disability Report
(របាយការណ៍ស្តីពីពិការភាព)

Medical Disability Decision
(សេចក្តីសម្រេចអំពីពិការភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)

ការស្នើសុំគឺសម្រាប់៖

☐ Non-Grant Medical Assistance (ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិន ផ្តល់ជំនួយ, NGMA)

☐ Healthcare for Workers with Disabilities (ការថែទាំសុខភាពសម្រាប់កម្មករពិការ, HWD)

ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានបំពេញដោយសេវាសង្គមកិច្ច DSHS, អ្នកឯកទេសផ្នែកផលប្រយោជន៍សាធារណៈ ឬអ្នកគ្រប់គ្រងករណីជាប់កិច្ចសន្យាអំឡុងពេលសម្ភាសន៍ជាមួយអ្នកប្តឹងទាមទារ ឬអ្នកតំណាងអ្នកប្តឹងទាមទារ។ **សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ព វាយ ឬ សរសេរឱ្យបានច្បាស់ ហើយឆ្លើយគ្រប់ចំណុចទាំងអស់ឱ្យអស់ពីសមត្ថភាព។ ឆ្លើយសំណួរទាំងអស់។ ចម្លើយពេញលេញជួយដំណើរការការទាមទារ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការកន្លែងបន្ថែមទៀតដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយក្នុងទម្រង់បែបបទ សូមចូលទៅកាន់ផ្នែកទី 6 ឬភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាស។**

1. ឈ្មោះ / ឈ្មោះហៅក្រៅរបស់អ្នកប្តឹងទាមទារ	2. លេខរបបសន្តិសុខសង្គម	លេខទូរសព្ទ (និងលេខកូដតំបន់)

4. ភាគីទីបី ទំនាក់ទំនង

ឈ្មោះ

អាសយដ្ឋាន

លេខទូរសព្ទ (និងលេខកូដតំបន់)

5. តើស្ថានភាពពិការរបស់អ្នកគឺជាអ្វី? ពន្យល់ដោយសង្ខេបអំពីរបួស ឬជំងឺដែលរារាំងអ្នកពីការងារ។

ផ្នែកទី 1. ព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពរបស់អ្នក

1. តើថ្ងៃណាដែលស្ថានភាពរបស់អ្នករំខានអ្នកដំបូងបំផុត? _____
ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ

	ជាន/ចាស	ទេ
2A. តើអ្នកបានធ្វើការបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលបានបង្ហាញក្នុងចំណុចទី 1 ខាងលើដែរឬទេ? ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយ **ទេ** សូមចូលទៅកាន់ 3A និង 3B ខាងក្រោម។	☐	☐
2B. **ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយជាន/ចាសចំពោះ 2A,** តើស្ថានភាពរបស់អ្នកធ្វើឱ្យអ្នកផ្លាស់ប្តូរទេ៖		
ការងារ ឬតួនាទីការងាររបស់អ្នក?	☐	☐
ម៉ោងធ្វើការរបស់អ្នក?	☐	☐
វត្តមានរបស់អ្នក?	☐	☐
តើមានអ្វីផ្សេងទៀតអំពីការងាររបស់អ្នកទេ?	☐	☐

2C. **ប្រសិនបើអ្នកបានឆ្លើយជាន/ចាសចំពោះចំណុចណាមួយនៅក្នុង 2B,** ពន្យល់ពីអ្វីដែលការផ្លាស់ប្តូរនៃស្ថានភាពការងាររបស់អ្នក កាលបរិច្ឆេទដែលបានកើតឡើង និងរបៀបដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកធ្វើឱ្យការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះចាំបាច់៖

3A. តើនៅពេលណាដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកធ្វើឱ្យអ្នកឈប់ធ្វើការ? _____
ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ

3B. ពន្យល់ពីរបៀបដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកឥឡូវនេះធ្វើឱ្យអ្នកធ្វើការមិនកើត៖

ផ្នែកទី 2. ព័ត៌មានអំពីកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក

1. បញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោមអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមានកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រចុងក្រោយបំផុតអំពីស្ថានភាពពិការរបស់អ្នក៖	☐ **ធីកនៅទីនេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្លាប់ទៅជួបគ្រូពេទ្យពិនិត្យស្ថានភាពពិការរបស់អ្នក។**
គ្លីនិក/ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត	លេខទូរសព្ទ (និងលេខកូដតំបន់)

អាសយដ្ឋាន	កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នក**បាន**ជួបគ្រូពេទ្យនេះលើកដំបូង។
ជំងឺ ឬរបួសដែលអ្នកបានពិនិត្យ ឬព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នក**បាន**ជួបគ្រូពេទ្យនេះលើកចុងក្រោយ។
ប្រភេទនៃការព្យាបាល ឬថ្នាំដែលបានទទួល (ឧ. ការវះកាត់ ការព្យាបាលដោយប្រើគីមី វិទ្យុសកម្ម និងថ្នាំដែលអ្នកលេបសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺ ឬរបួសរបស់អ្នក ប្រសិនបើដឹង។ បើគ្មានការព្យាបាល ឬការលេបថ្នាំទេ សូមសរសេរ**គ្មាន**។	

2. តើអ្នកបានទៅជួបគ្រូពេទ្យផ្សេងទៀតទេចាប់តាំងពីស្ថានភាពពិការរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមឆ្លើយខាងក្រោម៖

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត	លេខទូរសព្ទ (និងលេខកូដតំបន់)
អាសយដ្ឋាន	កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នក**បាន**ជួបគ្រូពេទ្យនេះលើកដំបូង។
ជំងឺ ឬរបួសដែលអ្នកបានពិនិត្យ ឬព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នក**បាន**ជួបគ្រូពេទ្យនេះលើកចុងក្រោយ។
ប្រភេទនៃការព្យាបាល ឬថ្នាំដែលបានទទួល (ឧ. ការវះកាត់ ការព្យាបាលដោយប្រើគីមី វិទ្យុសកម្ម និងថ្នាំដែលអ្នកលេបសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺ ឬរបួសរបស់អ្នក ប្រសិនបើដឹង។ បើគ្មានការព្យាបាល ឬការលេបថ្នាំទេ សូមសរសេរ**គ្មាន**។	

ប្រសិនបើអ្នកបានទៅជួបគ្រូពេទ្យបន្ថែមទៀតចាប់តាំងពីជំងឺ ឬរបួសនេះ សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមជាមួយនឹងព័ត៌មានខាងលើ។

3. តើអ្នកបានទទួលការព្យាបាលស្ថានភាពពិការរបស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
បើឆ្លើយបាទ/ចាស ឆ្លើយដូចតទៅ៖

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ	លេខទូរសព្ទ (និងលេខកូដតំបន់)
អាសយដ្ឋាន	
តើថ្ងៃណាដែលអ្នកបានទៅពិនិត្យ?	
ជំងឺ ឬរបួសដែលអ្នកបានពិនិត្យ ឬព្យាបាល	
ប្រភេទនៃការព្យាបាល ឬថ្នាំដែលបានទទួល (ឧ. ការវះកាត់ ការព្យាបាលដោយប្រើគីមី វិទ្យុសកម្ម និងថ្នាំដែលអ្នកលេបសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺ ឬរបួសរបស់អ្នក ប្រសិនបើដឹង។ បើគ្មានការព្យាបាល ឬការលេបថ្នាំទេ សូមសរសេរ**គ្មាន**។	

4. បើអ្នកបានទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតដោយសារជំងឺ ឬរបួសរបស់អ្នក សូមឆ្លើយខាងក្រោម៖

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ	លេខទូរសព្ទ (និងលេខកូដតំបន់)
អាសយដ្ឋាន	

តើថ្ងៃណាដែលអ្នកបានទៅពិនិត្យ?
ជំងឺ ឬរបួសដែលអ្នកបានពិនិត្យ ឬព្យាបាល
ប្រភេទនៃការព្យាបាល ឬថ្នាំដែលបានទទួល (ឧ. ការវះកាត់ ការព្យាបាលដោយប្រើគីមី វិទ្យុសកម្ម និងថ្នាំដែលអ្នកលេបសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺ ឬរបួសរបស់អ្នក ប្រសិនបើដឹង។ បើគ្មានការព្យាបាល ឬការលេបថ្នាំទេ សូមសរសេរ**<u>គ្មាន</u>**។

បើអ្នកបានទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកផ្សេងទៀតសម្រាប់ជំងឺ ឬរបួសរបស់អ្នក សូមរាយឈ្មោះ កាលបរិច្ឆេទ និងហេតុផលនៅក្នុងផ្នែកទី 6 ឬភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម។

5. តើអ្នកធ្លាប់មានការធ្វើតេស្តដូចខាងក្រោមកាលពីឆ្នាំមុនដែរឬទេ? ធីកប្រអប់សមស្របខាងក្រោម ហើយបើអ្នកឆ្លើយ “បាទ/ចាស” សូមផ្តល់កន្លែង និងពេលណាដែលបានធ្វើតេស្តនេះ។

ការធ្វើតេស្ត	បាទ/ចាស	ទេ	កន្លែងណាដែលបានធ្វើតេស្ត	ពេលណាដែលបានធ្វើតេស្ត
ការវាស់ចង្វាក់បេះដូងដោយម៉ាស៊ីន	☐	☐		
ការថតកាំរស្មីអ៊ុចន្រ្ទូង	☐	☐		
ការថតកាំរស្មីអ៊ុចផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់ប្រភេទ)៖	☐	☐		
ការធ្វើតេស្តការដកដង្ហើម	☐	☐		
ការធ្វើតេស្តឈាម	☐	☐		
ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖	☐	☐		

ផ្នែកទី 3. បញ្ជីឱសថ

ឈ្មោះថ្នាំ	ចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយ (ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត)	ហេតុផលនៃការប្រើថ្នាំ

បើអ្នកប្រើថ្នាំបន្ថែម សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមជាមួយព័ត៌មានខាងលើ។

ផ្នែកទី 4. ព័ត៌មានអំពីការអប់រំរបស់អ្នក

1. **តើអ្នករៀនបានថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន?** _____ រៀនចប់នៅឆ្នាំណា? _____

2. តើអ្នកបានទៅរៀននៅសាលាពាណិជ្ជកម្ម ឬសាលាវិជ្ជាជីវៈ ឬមានការបណ្តុះបណ្តាលពិសេសមួយប្រភេទដែរឬទេ?
   ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
   ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមឆ្លើយខាងក្រោម៖

ប្រភេទនៃសាលាពាណិជ្ជកម្ម ឬសាលាវិជ្ជាជីវៈ ឬបណ្តុះបណ្តាល	កាលបរិច្ឆេទប្រហាក់ប្រហែលដែលអ្នកបានចូលរួម

តើការសិក្សា ឬការបណ្តុះបណ្តាលនេះត្រូវបានប្រើយ៉ាងដូចម្តេចក្នុងការងារណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើ?

ប្រសិនបើអតិថិជនកំពុងចូលរៀន សូមផ្តល់ ដូចខាងក្រោម។

ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទសាលា

ឈ្មោះគ្រូ

ផ្នែកទី 5. ព័ត៌មានអំពីការងារដែលអ្នកបានធ្វើ

រាយការងារទាំងអស់ដែលអ្នកមានក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំចុងក្រោយនេះ មុនពេលអ្នកឈប់ធ្វើការ ដោយចាប់ផ្តើមពីការងារធម្មតារបស់អ្នក។ នេះមានន័យថាជា ប្រភេទការងារ ដែលអ្នកបានធ្វើយូរជាងគេ។ បើអ្នករៀនបានថ្នាក់ទី 6 ឬក្រោមថ្នាក់នេះ **និង**បានធ្វើតែការងារធ្ងន់ភ្លាន់ដំនាញ សម្រាប់រយៈពេល 35 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ សូមរាយការងារទាំងអស់ដែលអ្នកមានតាំងពីអ្នកចាប់ផ្តើមធ្វើការ។ បើអ្នកត្រូវការចន្លោះបន្ថែម សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ឬប្រើផ្នែកទី 6។

មុខតំណែងការងារ	ប្រភេទអាជីវកម្ម	ពី	ដល់	ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍	អត្រាប្រាក់ឈ្នួល (ក្នុងមួយម៉ោង ថ្ងៃ សប្តាហ៍ ខែ ឬឆ្នាំ)

2A. នៅក្នុងការងារធម្មតារបស់អ្នកដែលបានរាយខាងលើ តើអ្នក៖ បាទ/ចាស ទេ
ប្រើម៉ាស៊ីន ឧបករណ៍ ឬបរិក្ខារប្រភេទណាមួយ?..... ☐ ☐
ប្រើចំណេះបច្ចេកទេស ឬជំនាញ? ..... ☐ ☐
តើការសរសេរ របាយការណ៍ពេញលេញ ឬបំពេញតួនាទីស្រដៀងគ្នាដែរឬទេ? ..... ☐ ☐
មានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រង:..... ☐ ☐

2B. ពន្យល់ចម្លើយបាទ/ចាសទាំងអស់ ដោយផ្តល់ការពណ៌នាពេញលេញអំពី៖ ប្រភេទម៉ាស៊ីន ឧបករណ៍ ឬបរិក្ខារដែលអ្នកបានប្រើ និងប្រតិបត្តិការពិតប្រាកដដែលអ្នកបានធ្វើ ចំណេះបច្ចេកទេស ឬ ជំនាញពាក់ព័ន្ធ ប្រភេទនៃសំណេរដែលអ្នកបានសរសេរ និងលក្ខណៈនៃរបាយការណ៍ណាមួយ និងចំនួនមនុស្សដែលអ្នកបានគ្រប់គ្រង និងទំហំនៃការងារគ្រប់គ្រងរបស់អ្នក។

2C. ពណ៌នាអំពីប្រភេទ និងចំនួននៃសកម្មភាពរាងកាយ ដែលការងារធម្មតារបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃធ្វើការធម្មតា ដោយធីកចម្លើយត្រឹមត្រូវបំផុតខាងក្រោម។

តើអ្នកបានធ្វើប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ៖
ដើរ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
ឈរ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
អង្គុយ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

តើអ្នកបានធ្វើប៉ុន្មានដងក្នុងមួយថ្ងៃ៖
ឱន? ☐មិនដែល ☐ ម្តងម្កាល ☐ ញឹកញាប់ ☐ ជានិច្ចជាកាល
លោង? ☐មិនដែល ☐ ម្តងម្កាល ☐ ញឹកញាប់ ☐ ជានិច្ចជាកាល

ការលើក និងកាន់៖ រៀបរាប់ពីអ្វីដែលបានលើក និងចម្ងាយដែលកាន់៖

តើទម្ងន់ណាដែលធ្ងន់ជាងគេដែលអ្នកបានលើក?

☐ 10 ផោន ☐ 20 ផោន ☐ 50 ផោន ☐ 100 ផោន ☐ លើសពី 100 ផោន

តើអ្នកលើក ឬកាន់ទម្ងន់ប៉ុន្មាន?

☐ រហូតដល់ 10 ផោន ☐ រហូតដល់ 25 ផោន ☐ រហូតដល់ 50 ផោន ☐ រហូតដល់ 100 ផោន

ផ្នែកទី 6. ចំណាំ

1. ប្រើផ្នែកនេះសម្រាប់ចន្លោះបន្ថែម ដើម្បីឆ្លើយសំណួរពីមុនៗណាមួយ។ លើសពីនេះ សូមប្រើចន្លោះនេះ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដែលអ្នកគិតថានឹងមានប្រយោជន៍ ក្នុងការសម្រេចចិត្តក្នុងបណ្តឹងពិការភាពរបស់អ្នក (ដូចជាព័ត៌មានអំពីជំងឺ ឬរបួសផ្សេងទៀតដែលមិនបានរាយពីមុន)។

To be Completed by Interviewer (ត្រូវបំពេញដោយអ្នកសម្ភាសន៍)

2. តើអ្នកប្រឹងទាមទារចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេសទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ បើឆ្លើយ ទេ តើគាត់ចេះនិយាយភាសាអ្វី៖

3. តើអ្នកប្តឹងទាមទារត្រូវការជំនួយក្នុងការដំណើរការប្តឹងទាមទាររបស់គាត់ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមបំពេញទំនាក់ទំនងភាគីទីបីនៅលើទំព័រ 1។

4. ធីកយកការលំបាកណាមួយខាងក្រោម ប្រសិនបើមាន ត្រូវបានសង្កេតឃើញនៅពេលសម្ភាសន៍អ្នកប្តឹងទាមទារ។

☐ ការអាន ☐ ការសរសេរ ☐ ការឆ្លើយសំណួរ ☐ ការស្តាប់
☐ ការអង្គុយ ☐ ការយល់ដឹង ☐ ការប្រើដៃ ☐ ការដកដង្ហើម
☐ ការមើល ☐ ការដើរ ☐ ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖

☐ **គ្មានអ្វីដែលបានសង្កេតឃើញទេ។**

ប្រសិនបើធីកចំណុចណាមួយខាងលើ សូមពណ៌នាអំពីការលំបាកពិតប្រាកដដែលពាក់ព័ន្ធ៖

5. ការវាយតម្លៃ ABD ដែលកំពុងរង់ចាំ ឬបច្ចុប្បន្ន? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

☐ រាងកាយ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

☐ សុខភាពផ្លូវចិត្ត កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

6. ពណ៌នាឱ្យបានពេញលេញ អំពីអ្នកប្តឹងទាមទារ (ឧ. មាឌទូទៅ កម្ពស់ ទម្ងន់ អាកប្បកិរិយាការលំបាកណាដែលបន្ថែម ឬថែមចំណុច ដែលត្រូវបានកត់សម្គាល់ខាងលើ)៖

ហត្ថលេខារបស់អ្នកសម្ភាសន៍	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះអ្នកសម្ភាសន៍ (វាយអក្សរ ឬសរសេរជាអក្សរពុម្ព)
លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកសម្ភាសន៍ (និងលេខកូដតំបន់)		Community Services Office (ការិយាល័យសេវាកម្មសហគមន៍)