Disability Report (ບົດລາຍງານຄວາມພິການ)

Medical Disability Decision (ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຄວາມພິການທາງການແພດ)
DSHS 14-144A

ແບບຟອມລາຍງານຄວາມພິການ, DSHS 14-144A, ຈະລວບລວມຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄວາມພິການຂອງລູກຄ້າ, ຂໍ້ມູນຫຼັກຖານທາງການແພດ ແລະປະຫວັດການເຮັດວຽກ ເພື່ອນຳໄປໃຊ້ໂດຍ Division of Disability Determination Services (ພະແນກການບໍລິການກຳນົດຄວາມພິການ, DDDS) ໃນການກຳນົດຄວາມພິການທາງການແພດ.

Social Service Specialist (ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການບໍລິການສັງຄົມ, SSS), Public Benefits Specialist (ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິປະໂຫຍດສາທາລະນະ, PBS) ຫຼື ຜູ້ຈັດການກໍລະນີທີ່ເຊັນສັນຍາ ເປັນຜູ້ລິເລີ່ມ DSHS 14-144A. ພະນັກງານທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍຄວນກວດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ໃສ່ Community Service Office (ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມຊົນ, CSO) ແລະ ເບີໂທລະສັບໄວ້ໃນແບບຟອມແລ້ວ. ໝາຍໃສ່ກ່ອງທີ່ເໝາະສົມເພື່ອຊີ້ບອກວ່າການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຄວາມພິການທີ່ຮ້ອງຂໍນັ້ນ ແມ່ນສຳລັບ Non-Grant Medical Assistance (ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດທີ່ບໍ່ຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອລ້ຳ, NGMA) ຫຼື Healthcare for Workers with Disabilities (ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບສຳລັບຄົນງານທີ່ມີຄວາມພິການ, HWD). ເພີ່ມແບບຟອມທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໃສ່ໃນຊຸດເອກະສານການຕັດສິນກ່ຽວກັບຄວາມພິການ.

1. ພະນັກງານທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍຈະເປັນຜູ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ສ່ວນຫົວຂໍ້ ເພື່ອບົ່ງບອກຊື່, Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ, SSN) ແລະ ສະພາວະຄວາມພິການຂອງລູກຄ້າ.
2. ພະນັກງານທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍສາມາດຈະຊ່ວຍລູກຄ້າຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ ພາກທີ 1 - ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສະພາວະຂອງທ່ານ ໄດ້. ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃສ່ວັນທີທີ່ແນ່ນອນ ແຕ່ຄວນໃຫ້ມີເດືອນ ແລະ ປີ.
3. ພະນັກງານທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍສາມາດຈະຊ່ວຍລູກຄ້າຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ ພາກທີ 2 - ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບັນທຶກທາງການແພດຂອງທ່ານ ໄດ້. ມັນເປັນສິ່ງສຳຄັນທີ່ຈະລະບຸແພດ ແລະ ແຫຼ່ງການປິ່ນປົວໃຫ້ຄົບຖ້ວນທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້.
4. ພະນັກງານທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍສາມາດຈະຊ່ວຍລູກຄ້າຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ ພາກທີ 3 - ບັນຊີລາຍຊື່ຢາ ໄດ້. SSS ຫຼື PBS ຄວນກວດຄືນຂໍ້ມູນເພື່ອຮັບປະກັນໃຫ້ບັນຊີລາຍຊື່ຢາຂອງລູກຄ້າແມ່ນຄົບຖ້ວນທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້.
5. ພະນັກງານທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍສາມາດຈະຊ່ວຍລູກຄ້າຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ ພາກທີ 4 - ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການສຶກສາຂອງທ່ານ ໄດ້. ຄວນຂຽນໃສ່ວ່າຫ້ອງຮຽນໃນໂຮງຮຽນ ແມ່ນເປັນຫ້ອງຮຽນສຳລັບການສຶກສາພິເສດ ຫຼື ບໍ່.
6. ພະນັກງານທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍສາມາດຈະຊ່ວຍລູກຄ້າຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ ພາກທີ 5 - ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວຽກທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດ ໄດ້. ບໍ່ຄວນລະບຸນາຍຈ້າງເປັນແຕ່ລະລາຍ, ພຽງແຕ່ລະບຸປະເພດທຸລະກິດເທົ່ານັ້ນ.
7. ພະນັກງານທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍສາມາດຈະຊ່ວຍລູກຄ້າຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ ພາກທີ 6 - ໝາຍເຫດ ໄດ້. ຂໍ້ທີ 2 ເຖິງ 6 ແມ່ນພະນັກງານ SSS ຫຼື PBS ຈະເປັນຜູ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່.

DSHS
WASHINGTON STATE
Department of Social and Health Services

Disability Report
(ບົດລາຍງານຄວາມພິການ)

Medical Disability Decision
(ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຄວາມພິການທາງ
ການແພດ)

ຄຳຮ້ອງຂໍ ແມ່ນສຳລັບ:

☐ Non-Grant Medical Assistance
(ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດທີ່ບໍ່ຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອລ້າ, NGMA)

☐ Healthcare for Workers with Disabilities
(ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບສຳລັບຄົນງານທີ່ມີຄວາມພິການ, HWD)

ແບບຟອມນີ້ແມ່ນຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການບໍລິການສັງຄົມ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດທິປະໂຫຍດສາທາລະນະ ຫຼື ຜູ້ຈັດການກໍລະນີທີ່ເຊັນສັນຍາຂອງ DSHS ເປັນຜູ້ຂຽນຕື່ມໃສ່ ໃນລະຫວ່າງການສຳພາດກັບຜູ້ຮຽກຫວ. ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຜູ້ຮຽກຫວ. **ກະລຸນາປິ່ນ, ພິມ ຫຼື ຂຽນໃຫ້ຈະແຈ້ງຊັດເຈນ ແລະ ຕອບໝົດທຸກຂໍ້ຢ່າງສຸດຄວາມສາມາດຂອງທ່ານ. ຕອບໃຫ້ໝົດທຸກຄຳຖາມ. ຄຳຕອບທີ່ສົມບູນຄົບຖ້ວນຈະຊ່ວຍໄດ້ໃນການພິຈາລະນາຄຳຮ້ອງຂໍ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມເພື່ອຕອບຄຳຖາມໃດໜຶ່ງໃນແບບຟອມ, ໃຫ້ໄປຍັງພາກທີ 6 ຫຼື ຄັດຕິດເຈ້ຍໃສ່ຕື່ມ.**

1. ຊື່ແທ້ / ຊື່ແຝງຂອງຜູ້ຮຽກຫວ	2. ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ	ເບີໂທລະສັບ (ແລະ ລະຫັດພື້ນທີ່)

4. ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ ບຸກຄົນທີສາມ	ຊື່ແທ້	ເບີໂທລະສັບ (ແລະ ລະຫັດພື້ນທີ່)
	ທີ່ຢູ່	

5. ສະພາວະຄວາມພິການຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງ? ອະທິບາຍໂດຍຫຍໍ້ກ່ຽວກັບການບາດເຈັບ ຫຼື ການເຈັບເປັນທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້.

ພາກທີ 1. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສະພາວະຂອງທ່ານ

1. ສະພາວະຂອງທ່ານໄດ້ເກີດມາລົບກວນທ່ານຄັ້ງທຳອິດໃນວັນທີໃດ? _____
ເດືອນ / ວັນ / ປີ

	ແມ່ນ	ບໍ່
2A. ທ່ານຍັງໄດ້ເຮັດວຽກຫຼັງຈາກວັນທີທີ່ສະແດງຢູ່ໃນຂໍ້ 1 ຂ້າງເທິງບໍ? ຖ້າທ່ານຕອບ **ບໍ່**, ໄປຍັງຂໍ້ 3A ແລະ 3B. ຂ້າງລຸ່ມນີ້.....	☐	☐
2B. **ຖ້າທ່ານຕອບ ແມ່ນ ຕໍ່ຂໍ້ 2A,** ສະພາວະຂອງທ່ານໄດ້ເຮັດໃຫ້ທ່ານມີການປ່ຽນແປງ:		
ວຽກເຮັດງານທຳ ຫຼື ໜ້າທີ່ຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່?	☐	☐
ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່?	☐	☐
ການໄປເຮັດວຽກຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່?	☐	☐
ສິ່ງອື່ນໆອີກ ກ່ຽວກັບວຽກຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່?	☐	☐

2C. **ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ ແມ່ນ ຕໍ່ຂໍ້ໃດໜຶ່ງໃນ 2B,** ໃຫ້ອະທິບາຍວ່າມີການປ່ຽນແປງຄືແນວໃດໃນສະພາບແວດລ້ອມການເຮັດວຽກຂອງທ່ານ, ວັນທີທີ່ເຫດການເຫຼົ່ານັ້ນເກີດຂຶ້ນ ແລະ ສະພາວະຂອງທ່ານມີຄວາມຈຳເປັນຄືແນວໃດ ໃຫ້ຕ້ອງມີການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້:

3A. ສະພາວະຂອງທ່ານເຮັດໃຫ້ທ່ານຢຸດເຮັດວຽກໃນທີ່ສຸດເມື່ອໃດ? _____
ເດືອນ / ວັນ / ປີ

3B. ອະທິບາຍວ່າສະພາວະຂອງທ່ານໃນຕອນນີ້ ເຮັດໃຫ້ທ່ານບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ຄືແນວໃດ:

ພາກທີ 2. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບັນທຶກທາງການແພດຂອງທ່ານ

1. ປ້ອນຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ກ່ຽວກັບທ່ານໝໍຜູ້ທີ່ມີບັນທຶກທາງການແພດລ້າສຸດກ່ຽວກັບສະພາວະຄວາມພິການຂອງທ່ານ:	☐ **ໝາຍໃສ່ບ່ອນນີ້ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຄີຍໄປພົບທ່ານໝໍມາກ່ອນ ສຳລັບສະພາວະຄວາມພິການຂອງທ່ານ.**

ຊື່ທ່ານໝໍ / ຄລີນິກ	ເບີໂທລະສັບ (ແລະ ລະຫັດພື້ນທີ່)
ທີ່ຢູ່	ວັນທີທີ່ທ່ານໄປພົບທ່ານໝໍຄັ້ງນີ້ **ຄັ້ງທຳອິດ**
ການເຈັບເປັນ ຫຼື ການບາດເຈັບ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການເຂົ້າກວດ ຫຼື ການປິ່ນປົວ	ວັນທີທີ່ທ່ານໄປພົບທ່ານໝໍຄັ້ງນີ້ **ຄັ້ງສຸດທ້າຍ**
ປະເພດການປິ່ນປົວ ຫຼື ຢາທີ່ໄດ້ຮັບ (ເຊັ່ນ: ການຜ່າຕັດ, ການບຳບັດດ້ວຍເຄມີ, ການສາຍລັງສີ ແລະ ຢາທີ່ທ່ານກິນ ສຳລັບການເຈັບເປັນ ຫຼື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຖ້າຮູ້. ຖ້າບໍ່ມີການປິ່ນປົວ ຫຼື ຢາ, ໃຫ້ຂຽນ **ບໍ່ມີ**.	
2. ທ່ານເຄີຍໄປພົບທ່ານໝໍຄົນອື່ນໆ ນັບຕັ້ງແຕ່ສະພາວະຄວາມພິການຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ **ຖ້າ ແມ່ນ, ຕອບຄຳຖາມຕໍ່ໄປນີ້:**	
ຊື່ທ່ານໝໍ / ຄລີນິກ	ເບີໂທລະສັບ (ແລະ ລະຫັດພື້ນທີ່)
ທີ່ຢູ່	ວັນທີທີ່ທ່ານໄປພົບທ່ານໝໍຄັ້ງນີ້ **ຄັ້ງທຳອິດ**
ການເຈັບເປັນ ຫຼື ການບາດເຈັບ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການເຂົ້າກວດ ຫຼື ການປິ່ນປົວ	ວັນທີທີ່ທ່ານໄປພົບທ່ານໝໍຄັ້ງນີ້ **ຄັ້ງສຸດທ້າຍ**
ປະເພດການປິ່ນປົວ ຫຼື ຢາທີ່ໄດ້ຮັບ (ເຊັ່ນ: ການຜ່າຕັດ, ການບຳບັດດ້ວຍເຄມີ, ການສາຍລັງສີ ແລະ ຢາທີ່ທ່ານກິນ ສຳລັບການເຈັບເປັນ ຫຼື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຖ້າຮູ້. ຖ້າບໍ່ມີການປິ່ນປົວ ຫຼື ຢາ, ໃຫ້ຂຽນ **ບໍ່ມີ**.	
ຖ້າທ່ານໄດ້ໄປພົບແພດຄົນອື່ນເພີ່ມເຕີມ ນັບຕັ້ງແຕ່ການເຈັບເປັນ ຫຼື ການບາດເຈັບນີ້ເກີດຂຶ້ນ, ໃຫ້ຄັດຕິດໜ້າເຈ້ຍເພີ່ມເຕີມທີ່ມີຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ໃສ່.	
3. ທ່ານໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວຢູ່ໂຮງໝໍສຳລັບສະພາວະຄວາມພິການຂອງທ່ານບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ **ຖ້າ ແມ່ນ, ຕອບຄຳຖາມຕໍ່ໄປນີ້:**	
ຊື່ໂຮງໝໍ	ເບີໂທລະສັບ (ແລະ ລະຫັດພື້ນທີ່)
ທີ່ຢູ່	
ວັນທີທີ່ທ່ານໄປພົບແມ່ນວັນທີໃດ?	
ການເຈັບເປັນ ຫຼື ການບາດເຈັບ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການເຂົ້າກວດ ຫຼື ການປິ່ນປົວ	
ປະເພດການປິ່ນປົວ ຫຼື ຢາທີ່ໄດ້ຮັບ (ເຊັ່ນ: ການຜ່າຕັດ, ການບຳບັດດ້ວຍເຄມີ, ການສາຍລັງສີ ແລະ ຢາທີ່ທ່ານກິນ ສຳລັບການເຈັບເປັນ ຫຼື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຖ້າຮູ້. ຖ້າບໍ່ມີການປິ່ນປົວ ຫຼື ຢາ, ໃຫ້ຂຽນ **ບໍ່ມີ**.	
4. ຖ້າທ່ານໄດ້ເຂົ້າໂຮງໝໍອື່ນຍ້ອນການເຈັບເປັນ ຫຼື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຕອບຄຳຖາມຕໍ່ໄປນີ້:	
ຊື່ໂຮງໝໍ	ເບີໂທລະສັບ (ແລະ ລະຫັດພື້ນທີ່)

ທີ່ຢູ່
ວັນທີທີ່ທ່ານໄປພົບແມ່ນວັນທີໃດ?
ການເຈັບເປັນ ຫຼື ການບາດເຈັບ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການເຂົ້າກວດ ຫຼື ການປິ່ນປົວ
ປະເພດການປິ່ນປົວ ຫຼື ຢາທີ່ໄດ້ຮັບ (ເຊັ່ນ: ການຜ່າຕັດ, ການບຳບັດດ້ວຍເຄມີ, ການສາຍລັງສີ ແລະ ຢາທີ່ທ່ານກິນ ສຳລັບການເຈັບເປັນ ຫຼື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຖ້າຮູ້. ຖ້າບໍ່ມີການປິ່ນປົວ ຫຼື ຢາ, ໃຫ້ຂຽນ **ບໍ່ມີ**.

ຖ້າທ່ານເຄີຍເຂົ້າໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລີນິກອື່ນ ສຳລັບການເຈັບເປັນ ຫຼື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ໃຫ້ບອກຊື່, ວັນທີ ແລະ ເຫດຜົນໄວ້ໃນພາກທີ 6 ຫຼື ຄັດຕິດໜ້າເຈ້ຍເພີ່ມເຕີມ.

5. ທ່ານໄດ້ຮັບການກວດຕໍ່ໄປນີ້ໃນປີທີ່ຜ່ານມາບໍ? ໝາຍກ່ອງທີ່ເໝາະສົມຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລະ ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ “ແມ່ນ”, ໃຫ້ລະບຸສະຖານທີ່ ແລະ ເວລາທີ່ເຂົ້າຮັບການກວດ.

ການກວດ	ແມ່ນ	ບໍ່	ສະຖານທີ່ກວດ	ເວລາກວດ
ການກວດຄື້ນໄຟຟ້າຫົວໃຈ	☐	☐		
ການສ່ອງລັງສີໜ້າເອິກ	☐	☐		
ການສ່ອງລັງສີອື່ນໆ (ລະບຸປະເພດ):	☐	☐		
ການກວດການຫາຍໃຈ	☐	☐		
ການກວດເລືອດ	☐	☐		
ອື່ນໆ (ລະບຸ):	☐	☐		

ພາກທີ 3. ບັນຊີລາຍຊື່ຢາ

ຊື່ຢາ	ສັ່ງໃຫ້ໂດຍ (ຊື່ທ່ານໝໍ)	ເຫດຜົນທີ່ໃຫ້ຢານີ້

ຖ້າທ່ານໃຊ້ຢາຫຼາຍກວ່ານີ້, ໃຫ້ຄັດຕິດໜ້າເຈ້ຍເພີ່ມເຕີມທີ່ມີຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງໃສ່.

ພາກທີ 4. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການສຶກສາຂອງທ່ານ

1. **ລະດັບການສຶກສາສູງສຸດທີ່ທ່ານຮຽນຈົບແມ່ນຫຍັງ?** _____ ຈົບປີໃດ? _____

2. ທ່ານໄດ້ໄປເຂົ້າຮຽນໃນໂຮງຮຽນການຄ້າ ຫຼື ໂຮງຮຽນວິຊາຊີບ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມພິເສດປະເພດໃດໜຶ່ງ ຫຼື ບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່
   ຖ້າ ແມ່ນ, ຕອບຄຳຖາມຕໍ່ໄປນີ້:

ປະເພດໂຮງຮຽນການຄ້າ ຫຼື ໂຮງຮຽນວິຊາຊີບ ຫຼື ການຝຶກອົບຮົມ	ວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ເຂົ້າຮຽນໂດຍປະມານ
ໂຮງຮຽນ ຫຼື ການຝຶກອົບຮົມນີ້ໄດ້ຖືກນຳມາໃຊ້ໃນວຽກງານໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດຄືແນວໃດ?	

ຖ້າລູກຄ້າກຳລັງເຂົ້າໂຮງຮຽນຢູ່, ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້.

ຊື່ໂຮງຮຽນ, ທີ່ຢູ່ ແລະ ເບີໂທລະສັບ

ຊື່ອາຈານ

ພາກທີ 5. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວຽກທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດ

ລະບຸວຽກທັງໝົດທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດໃນຫ້າປີທີ່ຜ່ານມາ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຢຸດເຊົາເຮັດວຽກ, ໂດຍເລີ່ມຈາກວຽກປັກກະຕິຂອງທ່ານ. ນີ້ໝາຍເຖິງປະເພດວຽກທີ່ທ່ານເຮັດດົນທີ່ສຸດ. ຖ້າທ່ານມີວຸດທິການສຶກສາຈົບຊັ້ນຮຽນທີ 6 ຫຼື ຕ່ຳກວ່າ **ແລະ** ໄດ້ເຮັດພຽງແຕ່ວຽກອອກແຮງງານໜັກທີ່ບໍ່ໃຊ້ສີມືເປັນເວລາ 35 ປີ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ໃຫ້ລະບຸວຽກທັງໝົດທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດຕັ້ງແຕ່ເລີ່ມຕົ້ນເຮັດວຽກ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ຄັດຕິດໜ້າເຈ້ຍເພີ່ມເຕີມໃສ່ ຫຼື ໃຊ້ພາກທີ 6.

ໜ້າທີ່ຕຳແໜ່ງ	ປະເພດທຸລະກິດ	ຕັ້ງແຕ່	ເຖິງ	ວັນ ຕໍ່ ອາທິດ	ອັດຕາຄ່າຈ້າງ (ຕໍ່ຊົ່ວໂມງ, ວັນ, ອາທິດ, ເດືອນ ຫຼື ປີ)

2A. ໃນວຽກປັກກະຕິຂອງທ່ານທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ, ທ່ານໄດ້: ແມ່ນ ☐ ບໍ່ ☐

ໃຊ້ເຄື່ອງຈັກ, ເຄື່ອງມື ຫຼື ອຸປະກອນປະເພດໃດໜຶ່ງ ຫຼື ບໍ່? ☐ ☐

ໃຊ້ຄວາມຮູ້ດ້ານວິຊາການ ຫຼື ທັກສະຕ່າງໆ ຫຼື ບໍ່? ☐ ☐

ມີການຂຽນ, ເຮັດບົດລາຍງານ ຫຼື ປະຕິບັດໜ້າທີ່ທີ່ຄ້າຍຄືກັນ ຫຼື ບໍ່? ☐ ☐

ມີໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຄຸ້ມຄອງ: ☐ ☐

2B. ອະທິບາຍທຸກຄຳຕອບທີ່ຕອບວ່າ ແມ່ນ ໂດຍການໃຫ້ຄຳອະທິບາຍລາຍລະອຽດຄົບຖ້ວນກ່ຽວກັບ: ປະເພດເຄື່ອງຈັກ, ເຄື່ອງມື ຫຼື ອຸປະກອນທີ່ທ່ານໃຊ້ ແລະ ການດຳເນີນງານທີ່ແນ່ນອນທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດ; ຄວາມຮູ້ດ້ານວິຊາການ ຫຼື ທັກສະຕ່າງໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ; ປະເພດການຂຽນທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດ ແລະ ລັກສະນະຂອງບົດລາຍງານ ແລະ ຈຳນວນຄົນທີ່ທ່ານຄຸ້ມຄອງ ແລະ ຂອບເຂດໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.

2C. ອະທິບາຍປະເພດ ແລະ ປະລິມານການອອກແຮງງານທາງຮ່າງກາຍທີ່ວຽກປັກກະຕິຂອງທ່ານມີສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງໃນມື້ເຮັດວຽກຕາມປົກກະຕິ ໂດຍການໝາຍໃສ່ຄຳຕອບທີ່ດີທີ່ສຸດຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ມີຈັກຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນທີ່ທ່ານໄດ້:

ຍ່າງ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

ຢືນ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

ນັ່ງ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

ທ່ານໄດ້ເຮັດສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເລື້ອຍປານໃດໃນວັນໜຶ່ງ:

ກົ້ມ? ☐ ບໍ່ເຄີຍ ☐ ບາງຄັ້ງຄາວ ☐ ເລື້ອຍໆ ☐ ຕະຫຼອດເວລາ

ຍ້ຽ? ☐ ບໍ່ເຄີຍ ☐ ບາງຄັ້ງຄາວ ☐ ເລື້ອຍໆ ☐ ຕະຫຼອດເວລາ

ການຍົກ ແລະ ການແບກຫາບ: ອະທິບາຍເຖິງສິ່ງທີ່ໄດ້ຍົກ ແລະ ໄດ້ແບກຫາບໄປໄກປານໃດ:

ນ້ຳໜັກທີ່ໜັກທີ່ສຸດທີ່ທ່ານໄດ້ຍົກແມ່ນເທົ່າໃດ?

☐ 10 ປອນ ☐ 20 ປອນ ☐ 50 ປອນ ☐ 100 ປອນ ☐ ກາຍ 100 ປອນ

ນ້ຳໜັກທີ່ທ່ານໄດ້ຍົກ ຫຼື ໄດ້ແບກຫາບເລື້ອຍໆແມ່ນເທົ່າໃດ?

☐ ສູງເຖິງ 10 ປອນ ☐ ສູງເຖິງ 25 ປອນ ☐ ສູງເຖິງ 50 ປອນ ☐ ສູງເຖິງ 100 ປອນ

ພາກທີ 6. ໝາຍເຫດ

1. ໃຊ້ພາກນີ້ເພື່ອເປັນພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມໃນການຕອບຄຳຖາມຂໍ້ໃດໜຶ່ງຂ້າງເທິງນີ້. ນອກຈາກນັ້ນ, ໃຫ້ນຳໃຊ້ພື້ນທີ່ນີ້ເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ທ່ານຄິດວ່າຈະເປັນປະໂຫຍດໃນການຕັດສິນໃຈຕໍ່ການຮຽກຫວງຄວາມພິການຂອງທ່ານ (ເຊັ່ນ: ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເຈັບເປັນ ຫຼືການບາດເຈັບອື່ນໆທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້).

To be Completed by Interviewer (ໃຫ້ຜູ້ສຳພາດເປັນຜູ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່)

2. ຜູ້ຮຽກຫວງສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ ຖ້າ ບໍ່, ລາວ/ນາງເວົ້າພາສາຫຍັງ:

3. ຜູ້ຮຽກຫວງຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການດຳເນີນການການຮຽກຫວງຂອງຜູ້ກ່ຽວບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່
ຖ້າ ແມ່ນ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ຂອງບຸກຄົນທີສາມ ຢູ່ໃນໜ້າ 1.

4. ຖ້າມີ, ໝາຍວ່າມີຂໍ້ຫຍຸ້ງຍາກອັນໃດຂ້າງລຸ່ມນີ້ ທີ່ສັງເກດເຫັນໄດ້ໃນຂະນະກຳລັງສຳພາດຜູ້ຮຽກຫວງ.

☐ ການອ່ານ ☐ ການຂຽນ ☐ ການຕອບຄຳຖາມ ☐ ການໄດ້ຍິນ
☐ ການນັ່ງ ☐ ການເຂົ້າໃຈ ☐ ການໃຊ້ມື ☐ ການຫາຍໃຈ
☐ ການເບິ່ງເຫັນ ☐ ການຍ່າງ ☐ ອື່ນໆ (ລະບຸ):

☐ **ບໍ່ສັງເກດເຫັນຫຍັງ**

ຖ້າໄດ້ໝາຍເລືອກລາຍການໃດໜຶ່ງຂ້າງເທິງນີ້, ໃຫ້ອະທິບາຍເຖິງຂໍ້ຫຍຸ້ງຍາກທີ່ແນ່ນອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ:

5. ມີການປະເມີນ ABD ໃດໜຶ່ງທີ່ຍັງຄ້າງ / ກຳລັງດຳເນີນຢູ່ໃນປັດຈຸບັນ ຫຼື ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

☐ ດ້ານຮ່າງກາຍ; ອັນທີ: _____

☐ ດ້ານສຸຂະພາບຈິດ; ອັນທີ: _____

6. ອະທິບາຍເຖິງຜູ້ຮຽກຫວງຢ່າງຄົບຖ້ວນ (ເຊັ່ນ: ຮູບຮ່າງທົ່ວໄປ, ລວງສູງ, ນ້ຳໜັກ, ພຶດຕິກຳ, ຂໍ້ຫຍຸ້ງຍາກໃດໆ ທີ່ເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເສີມໃສ່ລາຍການທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ):

ລາຍເຊັນຜູ້ສຳພາດ	ວັນທີ	ຊື່ຜູ້ສຳພາດ (ພິມ ຫຼື ປຼິ້ນ)
ເບີໂທລະສັບຜູ້ສຳພາດ (ແລະ ລະຫັດພື້ນທີ່)		Community Services Office (ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມຊົນ)